

Lugar para la simulación clínica

Place for clinical simulation

Sergio Bozzo Navarrete¹

Palabras clave: competencia clínica; educación médica; simulación con pacientes; entrenamiento con simulación.

Keywords: Clinical Competence; Medical Education; Patient Simulation; Simulation Training.

Sin duda la práctica con pacientes es fundamental en la formación médica que es, en esencia, un saber aplicado. La práctica en centros asistenciales con pacientes reales, por su parte, ha sido la opción primordial y método tradicional para demostraciones y práctica supervisada de estudiantes de la salud de pre y postgrado. Sus ventajas: la amplia disponibilidad de pacientes en contexto asistencial, las oportunidades de observar experiencias clínicas transdisciplinarias e institucionalizadas, similares a las que se requieren en el ejercicio profesional; y, la percepción de inclusión en la realidad e integración a comunidades de práctica. Las desventajas, originalmente solo prácticas, a resolver por los docentes encargados: adecuación del paciente/situación clínica a los requerimientos curriculares del estudiante y supervisión de su accionar, velando por minimizar potenciales efectos negativos sobre paciente. La tensión entre el grado de responsabilidad del estudiante y la adecuada supervisión del tutor es determinante del éxito del proceso. Ciertos escenarios de práctica eran vedados para estudiantes de pregrado, y restringidos para los de postgrado, en pos de proteger la calidad y seguridad de la atención. En las últimas décadas se han sumado nuevos e importantes inconvenientes: mientras crece el número de estudiantes en las carreras de la salud, la disponibilidad de los centros asistenciales se reduce y restringe. Los derechos del paciente se consagran por ley y las instituciones sanitarias se acreditan para mejorar la calidad y seguridad de la atención. Enhorabuena por nuestros pacientes. Sin embargo, se limitan las prácticas clínicas, lo que puede llevar a formar profesionales menos competentes. La simulación surge como una alternativa, más aún cuando la pandemia de COVID ha reducido dramáticamente el acceso de estudiantes a campos clínicos.

La simulación ha desarrollado su camino en forma paralela por muchos años. En forma de juegos, es parte del aprendizaje natural desde la más temprana niñez y se reproduce en las prácticas formativas de numerosas disciplinas y profesiones. En clínica, ha sido un recurso útil clásico, baste recordar juegos de roles, o las prácticas de procedimientos en modelos mecánicos. Pero no es un juego: muchas teorías (cognitivas, sociales, pragmáticas, etc.) que explican cómo aprenden los adultos son aplicables para fundamentar el uso de la simulación en educación clínica. Así, se han desarrollado muchas opciones: pacientes simulados, simuladores físicos y virtuales, entre otros, los que se organizan para el desarrollo de escenarios demostrativos, formativos o evaluativos, en forma única, múltiple o circuitos (por ej. ECOEs o sus variantes), asociados a *briefing*, retroalimentación y/o *debriefing* (Bozzo, 2020; Jaideep, 2020).

Entre las ventajas de la simulación se destacan la seguridad para estudiante y paciente, la adecuación y estandarización de los escenarios de práctica a las necesidades curriculares, a la vez que disponerlos las veces que sean requeridos. Desde un punto de vista pedagógico promueve el uso de la retroalimentación y el *debriefing*, potenciando evaluaciones formativas más que sumativas, con el estudiante protagonista de su aprendizaje. La evaluación sumativa práctica estandarizada podría ser más válida y confiable (Boursicot, 2020). Es posible implementar escenarios de práctica impensables en modelo tradicional (son clásicos la entrega de malas noticias y la atención del Paro Cardio Respiratorio) y en el desarrollo de competencias transversales (comunicación, razonamiento, trabajo en equipo), procedimentales o de experto (manejo de crisis). En un

(1) Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile
Autor de correspondencia: sbozzo@uchile.cl



currículo basado en competencias, el diseño del escenario puede resumir el “saber hacer” en contexto, según estándares (Williams, 1987). Sus desventajas: lo obvio, no es real. Además, es costoso: requiere de un proceso de inserción curricular que toma tiempo y recursos, ojalá en contexto de un desarrollo institucional. Dado que el recurso humano (académicos, técnicos, administrativos y participantes simulados) es la inversión primordial, se concentra junto a recursos físicos y de infraestructura (laboratorios, salas vidrio-espejo, registro audio-video), llevando al desarrollo de centros educativos dedicados a la formación y evaluación de habilidades clínicas (Dent, 2001).

Si bien es esperable que todo tutor clínico conozca sobre simulación como técnica docente, la extensión y, en algunos casos complejidad, que ha alcanzado, demanda de una formación docente específica. Los “simulacionistas” han trabajado desarrollando experiencias, formando sociedades e investigando. Hay recomendaciones, estándares y guías que hacen innecesario reinventar la rueda, hay que dedicar tiempo, pensamiento y práctica para asimilar las experiencias internacionales y nacionales publicadas, y adecuarlas a las necesidades locales (Motola, 2013; Lewis, 2017; Talwalkar, 2020).

El desafío está planteado, la incorporación de la simulación a los currículos de las carreras de la salud es necesaria y factible, no planteada como un reemplazo de la práctica real sino como un complemento y un recurso docente más. El compromiso institucional y la integración curricular son básicos, así como son fundamentales el empleo de estándares de buenas prácticas y autoevaluación sistemática (Kirkpatrick, 1994; Motola, 2013; Boursicot, 2020).

Referencias

- Boursicot K, Kemp S, Wilkinson T, Findyartini A, Canning C, Cilliers F. & Fuller R. (2020): Performance assessment: Consensus statement and Recommendations from the 2020 Ottawa Conference. *Medical Teacher* **43**, 58-67.
- Bozzo S, Arancibia C, Contreras D. & Pérez L., (2020) Descripción y análisis de ECOE con pacientes simulados en internado de Medicina Interna 2016-2017. *Rev Med Chile* **148**, 810-817.
- Dent J. Current trends and future implications in the developing role of clinical skills centres. (2021). *Medical Teacher* **23**, 483-9.
- Kirkpatrick DL. (1994). Evaluating training programs: The four levels. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Lewis KL, Bohnert CA, Gammon WL. et al. (2017). The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Adv Simul* **2**, 10.
- Motola I, Devin LA, Chung HS, Sullivan JE. & Issenberg SB. (2013). Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical teacher* **35**, e1511–e1530.
- Talwalkar JS, Cyrus KD. & Fortin AH. (2020) Twelve tips for running an effective session with standardized patients, *Medical Teacher* **42**, 622-627.
- Williams RG, Barrows HS, Vu NV, Verhulst SJ, Colliver JA, Marcy M, Steward D. (1987) Direct, standardized assessment of clinical competence. *Medical Education* **21**, 482-489.