

Observación directa del desempeño del residente: una práctica en desuso

ALBERTO E. ALVES DE LIMA*¹

RESUMEN

Las habilidades y las destrezas clínicas (comunicación, examen físico, cualidades humanísticas y profesionalidad, criterio clínico, educación y asesoramiento al paciente) son los pilares básicos de la competencia clínica. Una adquisición equilibrada de estas cualidades por parte del médico residente le otorgará herramientas vitales para el cuidado adecuado de su paciente. Existen deficiencias notorias en la adquisición de estas habilidades por parte de los médicos en formación. Es necesario desarrollar estrategias de entrenamiento y evaluación para poder corregirlas. Sin una observación adecuada del residente por parte del docente en forma directa resultará muy difícil mejorar esta situación. Los docentes involucrados en los programas de entrenamiento de residentes tienen la obligación de estar absolutamente seguros de que cualquier residente que egresa de su programa ha adquirido las habilidades básicas que le permitan atender pacientes en forma competente. Es necesario capacitar a los docentes con el fin de mejorar la calidad de la observación y la evaluación del médico en formación y además mejorar su capacidad de dar una devolución constructiva de su desempeño. Los programas de residencia son para muchos médicos en formación el último paso antes de ingresar en el mercado laboral y para los docentes, tal vez la última oportunidad que tienen de evaluar sus habilidades clínicas.

REV ARGENT CARDIOL 2005;73;39-43.

Dirección para separatas:
Dr. Alberto E. Alves de Lima.
Blanco Encalada 1525 (1428)
Ciudad de Buenos Aires
E-mail: aealvesdelima@icba-
cardiovascular.com.ar

Palabras clave

> Observación directa - Competencia clínica - Historia clínica - Examen físico

INTRODUCCIÓN

Independientemente de la explosión tecnológica, las habilidades y las destrezas clínicas (comunicación, examen físico, cualidades humanísticas y profesionalidad, criterio clínico, educación y asesoramiento al paciente) son los pilares básicos de la competencia clínica. Una adquisición equilibrada de estas cualidades por parte del médico residente le otorgará herramientas vitales para el cuidado adecuado de su paciente. (1, 2)

Hampton y colaboradores demostraron que una historia clínica detallada da por resultado un diagnóstico correcto en la mayoría de los casos y los exámenes de laboratorio proveen el diagnóstico final en sólo 1 cada 80 casos. (3) Recientemente, Peterson demostró, en un estudio prospectivo de 80 pacientes que consultaron a una clínica de atención primaria sin diagnóstico previo, que la historia clínica permitió el diagnóstico correcto en el 76% de los casos. Estos datos reafirman el concepto de que la mayoría de los diagnósticos se hacen a través del desarrollo de una historia clínica detallada y exhaustiva. (4) Por otro lado, Kirsh y Scaffi, utilizando 100 autopsias seleccionadas en forma aleatorizada de los años 1959, 1969, 1979 y 1989 (400 autopsias en total) en un hospital

universitario de Alemania, intentaron determinar si los avances en los procedimientos diagnósticos habían reducido el rango de errores diagnósticos. Consideraron error diagnóstico cuando una enfermedad que no existía se presumía que estaba presente y cuando la falla en el reconocimiento de la verdadera enfermedad empeoraba el pronóstico del paciente, siempre de acuerdo con los resultados de la autopsia. Compararon el valor de la historia clínica y el examen físico en relación con las imágenes para producir un diagnóstico correcto. Encontraron que la combinación de historia clínica y examen físico adecuado producía el diagnóstico correcto en el 60% a 70% de los casos, mientras que las imágenes lo hicieron sólo en el 35%. (5)

En conclusión, una comunicación correcta entre el médico y el paciente, una historia clínica exhaustiva y detallada y un examen físico completo siguen siendo las herramientas diagnóstico-terapéuticas más importantes de las que dispone el médico.

LA OTRA REALIDAD

Más allá del indiscutible valor de las habilidades clínicas, varios estudios documentan que existen serias deficiencias en su aplicación e implementación.

* Miembro Titular SAC

¹ Director de Capacitación del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Por un lado, existen múltiples problemas de comunicación. Más del 50% de los pacientes consideran que sus problemas no son resueltos durante la consulta. El médico interrumpe al paciente precozmente, lo cual dificulta la expresión de las necesidades de su paciente. Rara vez permiten que sus pacientes expresen libremente sus ideas; es más, la mayoría de las veces evitan que lo hagan. Proveen escasa información y sobrestiman el tiempo que se dedica al consejo y a la educación del paciente. Existe desacuerdo en relación con el tipo de información impartida; mientras que los pacientes prefieren discutir sobre el pronóstico y el diagnóstico de su problema, el médico en general hace mayor hincapié en el tratamiento y en particular en la terapia con drogas. Los médicos suelen emplear términos muy técnicos que en general el paciente no conoce y esto provoca serios problemas de comprensión de la información impartida. (6, 7)

Por otro lado, existen errores muy comunes al efectuar el examen físico por parte de los residentes. Wray y Frieland mostraron en 1983 que los residentes cometían al menos un error en más de la mitad de los pacientes examinados. (8) Recientemente, Mangione y colaboradores demostraron que las habilidades para efectuar un examen físico cardiorrespiratorio siguen siendo deficientes. (9)

Como resultado de estas conocidas deficiencias en las habilidades básicas de la competencia clínica del médico, es necesario desarrollar estrategias de entrenamiento y evaluación para poder corregirlas. (10) Sin una observación adecuada del residente por parte del docente en forma directa resultará muy difícil mejorar esta situación.

FALTA DE OBSERVACIÓN DIRECTA

Es probable que el mayor problema en la evaluación de las habilidades clínicas sea la falta de observación de los residentes por parte de los docentes. Por décadas, los docentes han considerado veraces las historias clínicas y los resultados del examen físico informados por los residentes en las recorridas de sala, sin que el docente haya visto al residente efectuar dicho interrogatorio y examen físico. Sin ir más lejos, en el examen final de carrera del Curso Universitario de Cardiología (UBA-SAC), es infrecuente que la mesa examinadora observe al residente en el momento en que éste interroga y examina al paciente que le fue asignado.

Es importante destacar también que la calidad de la observación es otro elemento crucial. Existe una crítica concurrente en relación con los métodos que evalúan la competencia clínica, la cual es que los evaluadores no distinguen en forma consistente diferentes niveles de desempeño de los estudiantes. (11) Noel y Herber, en dos estudios sobre la evaluación de habilidades clínicas a través del examen clínico tradicional con el paciente, objetivaron una discordancia pronunciada en los puntajes otorgados por los diferentes docentes frente al mismo problema. Además,

demostraron que los docentes fallaron en detectar el 68% de los errores cometidos por los residentes al observar un vídeo diseñado para evaluar desempeños marginales. (12) Kalet y colaboradores evaluaron la confiabilidad y la reproducibilidad de la observación de los docentes durante habilidades de comunicación a través de entrevistas grabadas y observaron que los docentes no eran congruentes en identificar el uso de preguntas abiertas o cerradas y en la evaluación de la empatía y que el valor predictivo positivo de las evaluaciones de los docentes no era mayor del 12%. (13)

PAPEL DEL DOCENTE EN LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES CLÍNICAS

La evaluación de las habilidades clínicas a través de la observación directa del residente interactuando con el paciente es una herramienta de incalculable valor formativo. Si se lleva a cabo en forma frecuente, por un lado permite obtener un seguimiento longitudinal de la evolución del residente y por el otro posibilita la corrección o el refuerzo *in situ* e *in vivo* de acciones o actitudes en su desempeño. En su forma tradicional, esta evaluación la lleva a cabo un docente que observa al residente mientras efectúa el interrogatorio, examina al paciente, presenta los hallazgos y la estrategia diagnóstico-terapéutica correspondiente. Al final del proceso, el docente le transmite al residente una devolución de acuerdo con su desempeño. Todo el ejercicio insume aproximadamente 2 horas. Como método de evaluación, el sistema tradicional tiene tres problemas centrales. Primero, el residente es evaluado por sólo un docente. Sabemos que existe una discordancia pronunciada entre los observadores. (11-13) Segundo, el residente es evaluado en base a un solo paciente. Sabemos que los problemas de los pacientes varían enormemente de unos a otros. Esta variabilidad es probablemente la razón de que el ser competente en un caso no predice la competencia en otros. (14) Y tercero, el hecho de que tenga una duración tan prolongada atenta contra su aplicación. Teniendo en cuenta estas premisas, existe una experiencia en marcha a través del área de docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología, (10) que aborda este desafío a través de la aplicación de una forma más práctica de examen basado en la observación del residente denominado examen de ejercicio clínico reducido (EECR). El docente observa y evalúa al residente en el momento en que éste está dirigiendo el interrogatorio y efectuando un examen físico focalizado. El examen finaliza con la devolución del docente al residente. La información obtenida se transcribe en el momento a una grilla diseñada para tal propósito (Anexos 1 y 2). Todo ello no debe durar más de 20 minutos. El examen debe realizarse 4 ó 5 veces al año con cada residente. Puede llevarse a cabo en la sala general y también en el área de emergencia o en el ámbito ambulatorio. Durante el encuentro, el residente deberá saber cómo resolver el problema y deberá mostrar también cómo lo resuelve.

Teniendo en cuenta que el examen se basa en la observación directa, esto le permite al supervisor tener la importante oportunidad de dar una devolución interactiva en tiempo real. Para que la devolución sea constructiva deberá incluir la autoevaluación del residente, permitiéndole reaccionar frente a la devolución presentada. Deberá incluir posteriormente un plan de acción en el cual el residente, con la guía del supervisor, pueda mejorar sus habilidades. (10, 15, 16) La forma práctica y sencilla de aplicación permite que el residente sea evaluado por varios docentes y con varios casos diferentes.

La evaluación a través de la observación directa complementa los exámenes que evalúan el conocimiento o el razonamiento de los residentes (exámenes de opción múltiple), pero estos últimos no pueden ni deben ser la única herramienta de evaluación del médico en formación. (17)

CONCLUSIONES FINALES

- Los docentes involucrados en los programas de entrenamiento de residentes tienen la obligación de estar absolutamente seguros de que todo residente que egresa de su programa ha adquirido las habilidades básicas que le permitan atender a pacientes en forma adecuada. Esto es posible de llevar a cabo a través de la aplicación sistemática de un conjunto de formas de evaluación que le permitan al residente, por un lado, demostrar que sabe y que sabe cómo resolver problemas (p. ej., a través de exámenes de opción múltiple) y por el otro, debe mostrar cómo se resuelven esos problemas (p. ej., a través de exámenes basados en la observación como el EECR). (17)
- Los directores de los programas deben asegurar la calidad de los exámenes a través de formación pedagógica de los docentes. Varios estudios demuestran que la formación docente de los profesores involucrados mejora su desempeño, con el resultado de un gran beneficio para los estudiantes. (2) En ese sentido, el Área Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología ofrece una alternativa a través del curso Docencia para Docentes, que debería ser obligatorio para todos los profesionales vinculados a la formación de recursos humanos en salud.
- La falta de tiempo y de incentivos económicos atentan contra la realización de estos enunciados, aunque no pueden esgrimirse en forma permanente como excusas de la inacción. Las autoridades o las instituciones que asumen esta responsabilidad educativa deben crear los incentivos correspondientes para poder llevar a cabo estas actividades dentro de los máximos estándares de calidad.
- Por último, los programas de residencia son para muchos médicos en formación el último paso antes de ingresar en el mercado laboral y para los

docentes tal vez la última oportunidad que tenemos de evaluar sus habilidades clínicas.

SUMMARY

Direct observation of resident performance: an old fashioned practice

Clinical skills (communication, physical examination, humanistic qualities, clinical judgment, organization and counselling skills) constitute the basic mainstay of clinical competence. The resident shall, through a balanced acquisition of these ingredients be furnished with vital tools towards safe and effective patient care. Marked deficiencies are shown in the acquisition of these skills by doctors during their tuition period. Hence, it is necessary to develop training as well as assessment strategies, looking forward to their amendment. However, should the instructor not carry out an adequate direct observation of the resident, improvement of the situation seems difficult to achieve. It is the duty of the instructors involved in residents training programs to be absolutely sure that any of the residents graduating from their programs have acquired the basic skills that enable their safe and effective patient care. It is necessary to ensure the quality of the instructors' observation through their own pedagogic training. The aim is that they acquire the skills needed to observe, assess and give effective feedback on the resident's performance. The residents training programs constitute, for many of the doctors the last step prior to their entry to the work environment, and for the instructors, perhaps the last chance they have to assess the resident's clinical skills.

Key words: Direct observation - Clinical competence - Patient history-taking - Physical examination

BIBLIOGRAFÍA

1. Holmboe ES. Faculty and the observation of trainees' clinical skills: problems and opportunities. *Acad Med* 2004;79:16-22.
2. Holmboe ES, Hawkins RE, Huot SJ. Effects of training in direct observation of medical residents' clinical competence: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2004;140:874-81.
3. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J* 1975;2:486-9.
4. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med* 1992;156:163-5.
5. Kirch W, Schaffi C. Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras. *Medicine (Baltimore)* 1996;75:29-40.
6. Alves de Lima, A. Habilidades de Comunicación. En: Programa Nacional de Actualización Pediatría (PRONAP). Módulo 1. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría editor; 2002. p. 311-27.
7. Silverman J, Kurtz Suzanne, Draper J. Skills for Communicating with patients. UK: Radcliffe Medical Press Ltd; 1998.
8. Wray NP, Friedland JA. Detection and correction of house staff error in physical diagnosis. *JAMA* 1983;249:1035-7.
9. Mangione S, Nieman LZ. Cardiac auscultatory skills of internal medicine and family practice trainees: a comparison of diagnostic proficiency. *JAMA* 1997;278:717-22.
10. Castillo Costa Y, Alves de Lima A. Ejercicio de examen clínico reducido (EECR): una herramienta para evaluar la competencia clínica. Resultados Preliminares. *Rev Argent Cardiol* 2004;72:251 (Abstract).
11. Van der Vleuten CP, Norman GR, De Graaff E. Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability. *Med Educ* 1991;25:110-8.

12. Noel GL, Herbers JE Jr, Caplow MP, Cooper GS, Pangaro LN, Harvey J. How well do internal medicine faculty members evaluate the clinical skills of residents? *Ann Intern Med* 1992;117:757-65.

13. Kalet A, Earp JA, Kowlowitz V. How well do faculty evaluate the interviewing skills of medical students? *J Gen Intern Med* 1992;7:499-505.

14. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med* 1995;123:795-9.

15. Alves de Lima A, Henquin R, Thierer J. A qualitative study of the impact on learning of the mini-clinical evaluation exercise in postgraduate training. *Medical Teacher* (en prensa).

16. Holmboe ES, Yepes M, Williams F, Huot SJ. Feedback and the mini clinical evaluation exercise. *J Gen Intern Med*. 2004; 19:558-61.

17. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65:S63-7.

ANEXO 1

Pautas para la Implementación de EECR

EECR se centra en las habilidades básicas que los residentes demuestran en el encuentro con el paciente. Los médicos de planta pueden implementarlo fácilmente como una forma de evaluación de rutina, transparente, en cualquier ámbito. El EECR proporciona un panorama general en 15-20 minutos de la interacción residente/paciente. Desarrollado sobre la base de múltiples encuentros a lo largo del tiempo, este método ofrece una medición válida y confiable del desempeño del residente. Se insta a los médicos de planta a realizar un EECR por residente durante cada rotación.

Ámbitos para la Puesta en Marcha de EECR	Examinadores de EECR
Área de Internación. Áreas Críticas (UTI/UCO), Área ambulatoria, Área emergencia Servicios de Consulta Externa o Internación	Médicos de planta Médicos jefes de sección y/o servicio

Formularios y Escala de Puntuación: Una vez completado el formulario, se debe entregar el "original" al director del programa y la "copia" al residente. Se utiliza una escala de calificación de nueve puntos, definiéndose "marginal" a la puntuación 4, con la cual se expresa la posibilidad de que con un recuperatorio el residente alcanzará los niveles exigidos para obtener la aprobación.

Descriptor de las competencias demostradas por el residente durante el EECR

Habilidades para la conducción de la entrevista médica: Facilita la explicación al paciente de su situación, usa eficazmente las preguntas y da instrucciones precisas y adecuadas para obtener la información necesaria; responde apropiadamente a las señales afectivas, verbales y no verbales.

Habilidades para la conducción del examen físico: Sigue una secuencia efectiva y lógica; equilibrio entre los pasos de detección / diagnóstico del problema; información al paciente; sensibilidad al bienestar y pudor del paciente.

Cualidades humanísticas / profesionalidad: Muestra respeto, consideración, empatía; genera confianza; atiende las necesidades del paciente en cuanto a bienestar, pudor, confidencialidad e innovación.

Criterio clínico: Ordena, selecciona los estudios diagnósticos en forma apropiada, considera los riesgos y los beneficios.

Habilidades para el asesoramiento del paciente: Explica los fundamentos del estudio/tratamiento, obtiene el consentimiento del paciente; instruye / aconseja con respecto a la conducta por seguir.

Organización / eficiencia: Prioriza; es oportuno; sucinto.

Competencia clínica global: Demuestra criterio, síntesis, atención y cuidado, eficacia y eficiencia.

**ANEXO 2: Planilla de aplicación
Ejercicio de Examen Clínico Reducido (EECR)**

Examinador: _____ Fecha: _____

Residente: _____ R-1 R-2 R-3

Problema del Paciente / diagnóstico: _____

Ámbito: Ambulatorio Internación Gral. UTI UC Emergencia

Paciente: Edad: _____ Sexo: _____ Primera Vez Seguimiento

Complejidad: Baja Moderada Alta

Énfasis: Recopilación de Datos Diagnóstico Terapéutico Asesoramiento

1. Habilidades para la Conducción de la Entrevista Médica (No se observan)

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

2. Habilidades para la Conducción del Examen Físico (No se observan)

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

3. Cualidades Humanísticas / profesionalidad (No se observan)

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

4. Criterio Clínico (No se observan)

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

5. Habilidades para el Asesoramiento del Paciente (No se observan)

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

6. Organización / eficiencia (No se observan)

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

7. Competencia Clínica Global como Especialista de Consulta (No se observan)

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

Tiempo de Desarrollo del EECR: _____ Observación _____ min. _____ Devolución: _____ min.

Satisfacción del examinador con el EECR

BAJA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ALTA

Satisfacción del residente con el EECR

BAJA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ALTA

Comentarios: _____

Firma del Residente

Firma del Examinador