Aten Primaria. 2018;50(9):564–569

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

CARTAS AL EDITOR

Experiencia de la simulación clínica en la docencia de residentes de medicina familiar y comunitaria de Alicante

Clinical simulation in the teaching of family and community medicine residents of Alicante

Sr. Editor:

La enseñanza tradicional en forma de clase expositiva permite afianzar el conocimiento en el alumno. Si bien el alumno debe tener una actitud más participativa que permita afianzar en forma de experiencia el conocimiento. Así nacieron el *role-playing* y la simulación clínica. El *role-playing* facilita la comprensión de contenidos teóricos, estimula y motiva a partir de lo experiencial, obligando a pensar y a resolver situaciones creativamente[1]. La simulación clínica permite acercarse a la realidad[2], promueve la integración de conocimientos y aumenta el grado de retención de lo aprendido[3]. El empleo de la simulación clínica como herramienta de entrenamiento de estudiantes y profesionales sanitarios ha aumentado durante la última década[4,5]. Esto se debe a que es más eficaz para aprender a tomar decisiones clínicas, adquirir habilidades técnicas y trabajar en equipo que los métodos docentes tradicionales[4].

La Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante, dentro del programa formativo de los residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC) organiza un «Taller de atención a la población inmigrante» para los residentes de cuarto año. Este taller dura 5 horas. En los últimos años se ha preparado el taller en formato de casos clínicos con participación de los alumnos.

En el curso 2017-2018 se planteó dar el taller en un entorno de simulación clínica. Se realizaron 2 talleres en días diferentes, cada uno con 22 y 21 alumnos. El taller consistió en un escenario con un actor que simulaba un paciente con diferentes problemas de salud en relación con la inmigración. Se organizó una situación simulada tan realista como fue posible. En el escenario el actor tomó sus roles con seriedad. En total fueron 6 situaciones clínicas con 6 casos con un enfoque diferente.

Dos alumnos entre los asistentes al taller hacían de médicos y realizaban la entrevista al paciente simulado durante 5-10 minutos, y a continuación otros 2 alumnos pasaban a la entrevista del paciente de la segunda situación, y tras las 2 situaciones simuladas se procedió a realizar un *debriefing* durante 45 minutos. El *debriefing* es una conversación entre varias personas para revisar un evento

Tabla 1 Cuestionario de satisfacción del «Taller atención al paciente inmigrante» en el formato de simulación clínica

Preguntas del cuestionario	Valoración (porcentaje de respuesta)						
	1	2	3	4	5	6	7
¿Cómo valoraría la organización del taller?	0	0	4,7	7	4,7	55,8	27,9
¿Cómo valoraría el espacio físico donde se ha realizado el taller?	0	2,3	2,3	20,9	9,3	41,9	23,3
¿Cómo valoraría la experiencia simulada con el paciente del taller?	0	2,3	2,3	7	14	34,9	34,9
El instructor estableció un ambiente para una experiencia de aprendizaje estimulante	0	2,3	4,7	4,7	2,3	37,2	48,8
El instructor mantuvo un ambiente de aprendizaje estimulante	0	2,3	2,3	7	4,7	27,9	55,8
El instructor estructuró el *debriefing* de una manera organizada	0	0	0	7	11,6	32,6	44,8
El instructor provocó discusiones profundas que me hicieron reflexionar acerca de mi rendimiento	0	0	2,3	4,7	29,9	25,6	46,5

Escala de valoración del cuestionario de satisfacción: 1) Extremamente inefectivo/perjudicial; 2) conscientemente inefectivo/muy pobre; 3) mayoritariamente inefectivo/pobre; 4) algo efectivo/promedio; 5) mayoritariamente efectivo/muy bueno; 6) consistente efectivo/muy bueno; 7) extremadamente efectivo/sobresaliente.

real, y es la base de la simulación[5]. Se realizó un *debriefing* según un modelo plus/delta. Y así en 2 ocasiones más. En total se presentaron 6 situaciones simuladas con diferente objetivo de aprendizaje: 1) paciente de Bolivia con interés de realizarse la serología de la enfermedad de Chagas (objetivo: conocer la enfermedad de Chagas);, 2) paciente boliviana con fiebre tras regresar de su país (objetivo: sospechar arbovirosis); 3) paciente española, viajera, con fiebre tras un viaje a Mali (objetivo: sospechar malaria); 4) paciente española, viajera, con hematuria a los 4 meses del regreso de un viaje a Mali (objetivo: sospechar enfermedad parasitaria); 5) paciente de India con fiebre y disnea (objetivo: sospechar y enfocar la tu berculosis); y 6) paciente hindú con ictericia e insuficiencia hepática tras regresar de su país (objetivo: sospechar hepatitis).

Al finalizar la experiencia se realizó una encuesta de valoración de la experiencia de simulación titulada *Debriefing assessment for simulation in healthcare* (DASH) *student version* (o Evaluación del *debriefing* para simulación en salud [EDSS]©-versión del estudiante [abreviada]) de *Medical Simulation Center*[6]. Es una encuesta con 7 ítems y el alumno valora de 1 (extremadamente inefectivo/perjudicial) a 7 (extremadamente efectivo/sobresaliente)[6].

La valoración de la experiencia de simulación ha sido muy positiva por parte de los alumnos asistentes, como se puede ver en la tabla 1. Estos resultados de la experiencia simulada nos anima a seguir trabajando con esta forma de docencia de la medicina en posgrado en residentes de MFyC.

Autoría

JMR, MO y AP planificación del trabajo, JMR y MO ejecutaron la encuesta, JMR procedió al análisis de los resultados y JMR, MO, AP y CIOP realizaron la escritura del trabajo.

Bibliografía

1. De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA. El rol-play con actores y el vídeo en la enseñanza de la entrevista clínica a estudiantes de medicina. Aten Primaria. 1992;9:422–4.
2. Pueyo Val J. La simulación como nueva estrategia de formación en urgencias. Aten Prim. 2008;40:103–4.
3. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. Acad Med. 2003;78:783–8.
4. Rodríguez-Díez MC, Tejedor J, Alegre M, Campo A, Pons-Villanueva J, Díez-Goñi N. Escenarios de simulación clínica creados por alumnos de medicina: descripción de la experiencia de 2 años. Aten Primaria. 2016;48:501–2.
5. Maestre JM, Rudolph JW. Theories and styles of debriefing: the good judgment method as a tool for formative assessment in healthcare. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015;68:282–5.
6. Evaluación de debriefing para la simulación en salud (EDSS) [consultado 24 Abr 2018]. Disponible en: https://harvardmedsim.org/debriefing-assessment-for-simulation-in-healthcare-dash-spanish/

José M. Ramos[a,*], Milagros Oyarzabal[b], Patricia Crespo[b] y Clara I. Pérez-Ortiz[b]

[a] *Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de Sant Joan d'Alacant, Alicante, España*
[b] *Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante, Alicante, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jose.ramosr@goumh.umh.es (J.M. Ramos).

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.01.006
0212-6567/

© 2018 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Competencia cultural: La necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas

Cultural competence: The need to go beyond racial and ethnic differences

Sr. Editor:

En un artículo publicado recientemente en esta revista, Gil y Solano[1] muestran que los profesionales de enfermería presentan dificultades cuando deben atender a ciertas comunidades culturalmente distintas, especialmente a gitanos e inmigrantes. En casos como este, las diferencias culturales entre trabajadores de salud y pacientes son evidentes y por lo tanto resulta más sencillo reconocer las dificultades que surgen en la atención en salud. Pero, ¿qué sucede cuando las diferencias no son tan evidentes y los profesionales de salud se enfrentan a otros pacientes que, sin tener otra nacionalidad, ser de distinta raza o haber migrado, poseen creencias, valores y costumbres distintas? Es así como los países poseen una gran diversidad interna que se materializa en diferencias entre zonas rurales y urbanas, entre niveles sociales, entre creencias religiosas o según la orientación sexual, entre otros. Estas características, al igual que la migración o las diferencias raciales, también pueden generar confusión o choque en muchos profesionales de la salud, lo que finalmente repercute en un trato inequitativo en salud[2,3].

Para enfrentar esta realidad, además de los protocolos existentes, los trabajadores de salud primaria (TSP) deben poseer competencia cultural (CC) para lograr enfrentar estos nuevos desafíos[1,4]. Esta competencia se define como las habilidades que deben poseer los TSP para adaptarse a las necesidades específicas de cada usuario[5]. Si bien este enfoque se ha desarrollado predominantemente en EE. UU.[3], en otros países, como es el caso de España[1], también existe un interés creciente por esta temática, aunque en Sudamérica, y particularmente en Chile, este enfoque es aún