

Tesis Doctoral

**Evaluación de la competencia
de los médicos de familia
en la práctica clínica en situación real**

Doctoranda: Elena Muñoz Seco

Directores: José Antonio Prados Castillejo

y Rafael Azagra Ledesma



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Programa de doctorat en Medicina Interna

Departament de Medicina

Barcelona, 2015

Agradecimientos

Esta tesis es el resultado final de un proyecto de investigación en el que han participado muchas personas desde hace años.

Quiero empezarla manifestando mi agradecimiento a:

Los compañeros del grupo de investigación en el proyecto Explora: Francesc Borrell, Beni Fontoba, Miguel Pedregal, Eva Peguero, Fermín Quesada, Pablo Bonal, Josep M^a Bosch. Entre todos, sacamos adelante una empresa novedosa e ilusionante, trabajamos y aprendimos juntos. Todos ellos son un modelo y una inspiración para mí.

José Antonio Prados Castillejo, líder del grupo y alma de este proyecto desde su inicio. Sin su conocimiento, su trabajo, su tesón, su apoyo, su experiencia, su disponibilidad, su ánimo, su estímulo y su presencia constante, esta tesis no hubiera visto la luz.

Los directores médicos, coordinadores de Equipos de Atención Primaria, administrativos de los centros de salud, que nos ayudaron y apoyaron desinteresadamente.

Los médicos de familia participantes en la investigación, que tan generosamente aceptaron ser evaluados.

El Dr Rafael Azagra Ledesma ha estimulado, apoyado y enriquecido este proyecto desde sus principios. Su ayuda durante el periodo final de este largo viaje ha sido inestimable.

Gracias a Matíes Torrent Quetglas, técnico de salud en la Unidad Docente de Menorca, por sus aportaciones metodológicas y por iluminarme en el difícil sendero de la estadística.

A mi familia debo agradecerle todo. Dan sentido a mi vida, y también a mi trabajo.

Sumario

| | |
|---|----|
| TABLAS Y FIGURAS..... | 6 |
| Índice de tablas..... | 6 |
| Índice de figuras..... | 8 |
| ANEXOS..... | 9 |
| ABREVIATURAS..... | 10 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 11 |
| 1.1. Competencia profesional del médico..... | 11 |
| 1.2. Competencia como concepto multidimensional..... | 13 |
| 1.3. Mapa competencial del médico de familia..... | 15 |
| 1.4. Componentes competenciales y su influencia en la calidad..... | 17 |
| 1.5. Competencia médica y su relación con el tiempo de consulta..... | 18 |
| 1.6. Los componentes competenciales y el razonamiento clínico del médico de familia..... | 20 |
| 1.6.1. Anamnesis..... | 21 |
| 1.6.2. Exploración Física..... | 24 |
| 1.6.3. Hepatomegalia y exploración física..... | 26 |
| 1.6.4. Pruebas complementarias y diagnóstico..... | 29 |
| 1.7. Habilidades de Comunicación..... | 31 |
| 1.7.1. Estándares en evaluación de la comunicación. GATHA..... | 34 |
| 1.8. Evaluación de la competencia profesional..... | 36 |
| 1.8.1. ¿Debemos evaluar la competencia de los médicos de familia?..... | 36 |
| 1.8.2. Evaluación: niveles e instrumentos. Miller..... | 38 |
| 1.8.3. Evaluación de la práctica médica: de la competencia al desempeño..... | 43 |
| 1.9. Pacientes Estandarizados..... | 46 |
| 1.9.1. Paciente incógnito o Paciente Estandarizado Infiltrado (PEI)..... | 48 |
| 2. OBJETIVOS..... | 51 |
| 2.1. Objetivo principal..... | 51 |
| 2.2. Objetivos secundarios..... | 51 |
| 3. HIPÓTESIS..... | 52 |
| 4. MATERIAL Y METODOS..... | 53 |
| 4.1. Esquema general de la metodología del estudio..... | 53 |
| 4.2. Diseño..... | 55 |
| 4.3. Población y muestra: Inclusión de los centros de salud, médicos y encuentros clínicos..... | 55 |
| 4.3.1 Criterios de inclusión..... | 55 |
| 4.3.2. Criterios de exclusión..... | 56 |
| 4.3.3. Requerimientos institucionales..... | 56 |
| 4.3.4. Requerimientos éticos..... | 56 |
| 4.4. Instrumentos y mediciones..... | 57 |
| 4.4.1. Diseño del caso..... | 57 |
| 4.4.2. El paciente estandarizado. Selección..... | 59 |
| 4.4.3. Entrenamiento de actores. Metodología UBI..... | 60 |
| 4.4.4. Selección de estándares..... | 62 |
| 4.4.5. Camuflaje de historias clínicas e infiltración del PE..... | 66 |
| 4.4.6. Fuentes y recogida de datos: listados, audio y documentación clínica..... | 67 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.4.7. | Entrenamiento de los observadores..... | 68 |
| 4.5. | Control de calidad. Evaluación en ruta..... | 69 |
| 4.6. | Cronograma | 69 |
| 4.7. | Variables | 70 |
| 4.7.1. | Profesionales participantes..... | 70 |
| 4.7.2. | Encuentros clínicos | 70 |
| 4.7.3. | Estándares en anamnesis, exploración física, orientación diagnóstica y pruebas complementarias..... | 71 |
| 4.7.4. | Estándares en Comunicación (Cuestionario GATHA): | 72 |
| 4.7.5. | Variables de Calidad..... | 73 |
| 4.8. | Análisis estadístico | 75 |
| 4.9. | Control de sesgos..... | 76 |
| 5. | RESULTADOS..... | 78 |
| 5.1. | Análisis descriptivo: profesionales, encuentros y cumplimiento de estándares..... | 78 |
| 5.1.1. | Profesionales participantes..... | 78 |
| 5.1.2. | Encuentros clínicos | 80 |
| 5.1.3. | Cumplimiento de los estándares competenciales | 82 |
| 5.1.4. | Puntuación de los médicos para cada componente competencial | 86 |
| 5.1.5. | Categorías de cumplimiento de estándares para cada competencia..... | 89 |
| 5.1.6. | Estándares de calidad global de la visita médica..... | 93 |
| 5.1.7. | Calidad del razonamiento clínico | 95 |
| 5.2. | Análisis bivariable | 96 |
| 5.2.1. | Correlación entre edad y sexo del médico, y variables del médico y del encuentro clínico..... | 96 |
| 5.2.2. | Correlación de los componentes competenciales entre ellos | 99 |
| 5.2.3. | Correlación de los componentes competenciales con variables del profesional y del encuentro clínico..... | 104 |
| 6. | DISCUSION | 125 |
| 6.1. | La metodología de evaluación de la práctica del médico de familia | 125 |
| 6.1.1. | Sistemas complejos de evaluación de la competencia y su impacto en la práctica real | 128 |
| 6.2. | Muestra de médicos participantes | 130 |
| 6.3. | Encuentros clínicos y entorno asistencial | 131 |
| 6.4. | Cumplimiento de estándares competenciales..... | 133 |
| 6.5. | Habilidades de anamnesis | 135 |
| 6.6. | Habilidades de exploración física..... | 135 |
| 6.6.1. | Capacidad de los médicos de detectar hepatomegalia | 136 |
| 6.7. | Pruebas complementarias y diagnóstico..... | 138 |
| 6.8. | Habilidades de comunicación | 139 |
| 6.9. | Competencia y su relación con el tiempo de consulta..... | 141 |
| 7. | LÍNEAS FUTURAS..... | 143 |
| 8. | CONCLUSIONES..... | 146 |
| 9. | BIBLIOGRAFIA..... | 148 |
| | Anexos..... | 165 |

TABLAS Y FIGURAS

Índice de tablas

| | | |
|----|---|-----|
| 1 | Coeficiente de probabilidad para detección de hepatomegalia si el hígado es palpable | 26 |
| 2 | Impacto de la CCP en resultados en salud en ensayos clínicos aleatorizados | 32 |
| 3 | Características requeridas para la selección de un PE (adaptado de EVOCA) | 58 |
| 4 | Características de los médicos | 78 |
| 5 | Características de las visitas médicas | 80 |
| 6 | Porcentaje de cumplimiento de estándares (excepto comunicación) | 82 |
| 7 | Cumplimiento de estándares de comunicación | 84 |
| 8 | Evaluación de componentes competenciales | 84 |
| 9 | Evaluación de las competencias en comunicación | 86 |
| 10 | Cumplimiento de estándares de calidad. | 92 |
| 11 | Calidad del razonamiento clínico. Porcentaje según categorías | 93 |
| 12 | Correlación entre la edad del médico y las principales variables de la entrevista. | 96 |
| 13 | Correlación entre la edad del médico y variables de la entrevista | 96 |
| 14 | Correlación entre el sexo del profesional y otras variables de los médicos | 97 |
| 15 | Correlación entre el sexo de los médicos y variables del encuentro clínico | 97 |
| 16 | Evaluación de la competencia en anamnesis en función de las principales variables del médico | 103 |
| 17 | Evaluación de la competencia en anamnesis en función de las principales variables de la entrevista médica | 104 |
| 18 | Evaluación de la competencia en exploración física en función de las principales variables del médico | 105 |
| 19 | Evaluación de la competencia en exploración física en función de las principales variables de la entrevista médica | 106 |
| 20 | Evaluación de la competencia en pruebas complementarias en función de las principales variables del médico | 108 |
| 21 | Evaluación de la competencia en pruebas complementarias en función de las principales variables de la entrevista médica | 110 |

| | | |
|----|---|-----|
| 22 | Evaluación de la competencia en el diagnóstico en función de las principales variables del médico | 111 |
| 23 | Evaluación de la competencia en el diagnóstico en función de las principales variables de la entrevista médica | 113 |
| 24 | Evaluación de la competencia en comunicación clínica en función de las principales variables del médico | 114 |
| 25 | Evaluación de la competencia en comunicación clínica en función de las principales variables de la entrevista médica | 116 |
| 26 | Evaluación de la comunicación clínica a través de sus tres competencias en función de las principales variables del médico | 117 |
| 27 | Evaluación de la comunicación clínica a través de sus tres competencias en función de las principales variables de la entrevista médica | 119 |
| 28 | Resumen de las diferencias estadísticamente significativas de las variables relacionadas con el médico por cada competencia | 121 |
| 29 | Resumen de las diferencias estadísticamente significativas de las variables relacionadas con la entrevista por cada competencia | 122 |

Índice de figuras

| | | |
|----|--|-----|
| 1 | La perspectiva multidimensional de la competencia clínica | 12 |
| 2 | Las competencias como comportamientos observables | 13 |
| 3 | Mapa de componentes competenciales ponderado para la evaluación en MF | 15 |
| 4 | Pirámide representando los niveles de evaluación de la competencia | 37 |
| 5 | Ejemplos de algunos instrumentos de evaluación según los niveles de la pirámide de Miller | 38 |
| 6 | Índice de utilidad global de las herramientas de evaluación (modificado de Brailowsky | 41 |
| 7 | Diagrama de cajas de la evaluación general de las competencias médicas | 86 |
| 8 | Competencia en Anamnesis: porcentaje de médicos para cada categoría | 88 |
| 9 | Competencia en exploración física: porcentaje de médicos para cada categoría | 90 |
| 10 | Competencia en pruebas complementarias: porcentaje de médicos para cada categoría | 90 |
| 11 | Competencia en orientación diagnóstica: porcentaje de médicos para cada categoría | 91 |
| 12 | Competencia en comunicación: porcentaje de médicos para cada categoría | 91 |
| 13 | Competencia en los 3 ejes de la comunicación: porcentaje de médicos para cada categoría | 92 |
| 14 | Correlaciones significativas de la edad del médico con experiencia y duración de la entrevista | 96 |
| 15 | Correlación entre las competencias médicas-I | 100 |
| 16 | Correlación entre las competencias médicas-II | 101 |
| 17 | Correlación entre los tres ejes competenciales en comunicación clínica | 102 |
| 18 | Correlación entre ejes competenciales en comunicación y el resto de competencias evaluadas | 103 |

ANEXOS

- 1 Informe favorable de la fundación Jordi Gol i Gurina
- 2 Caso de dolor abdominal
- 3 Programa Evoca de selección de actores: ítems y ponderación
- 4 Sesiones de entrenamiento del paciente estandarizado
Bases para la simulación
Guía de interpretación para el actor
- 5 Guión para la reunión de expertos. Técnica de grupo nominal.
- 6 Cuestionario GATHA-AUDIO. Ejes y estándares
- 7 Listado evaluativo de exploración física en hepatomegalia

ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| AP | Atención primaria |
| CCP | Comunicación centrada en el paciente |
| CS | Centro de salud |
| ECA | Estudio clínico aleatorizado |
| ECOE | Evaluación clínica objetiva estructurada |
| EF | Exploración física |
| EPOC | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| ETS | Enfermedad de transmisión sexual |
| HD | Hipocondrio derecho |
| ICS | Institut Català de la Salut |
| IES | Institut d'estudis de la salut |
| MF | Médico de familia |
| MFyC | Medicina familiar y comunitaria |
| MIR | Médico interno residente |
| PC | Pruebas complementarias |
| PE | Paciente estandarizado |
| PEI | Paciente estandarizado infiltrado o Paciente incógnito |
| SemFYC | Sociedad Española de medicina familiar y comunitaria |
| TAC | Tomografía axial computerizada |
| UBI | Unidad básica de información |
| VPP | Valor predictivo positivo |

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Competencia profesional del médico

La mejora y el desarrollo profesional médico en Atención Primaria (AP) precisan métodos de evaluación correctamente diseñados y validados que aporten al profesional información sobre puntos fuertes y mejorables en relación a su desempeño. La competencia profesional es una entidad compleja y difícil de definir, esto es un constructo. No puede ser evaluada de forma directa y unívoca como los conocimientos, por ejemplo.

La competencia profesional ha sido definida como el grado en el que una persona puede utilizar los *conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio* (recursos internos) asociados con la profesión, así como los del entorno: colegas, otros profesionales, documentación y otros (recursos externos), para poder resolver de manera eficaz las situaciones que corresponden al campo de su práctica profesional ¹. En el caso de los médicos, esta definición incorpora tanto aspectos clínicos como relacionales, docentes, de investigación y gestión ², y no se reduce a características personales, sino que engloba un proceso continuo de formación y experiencia, influenciado por el entorno y la organización ³.

Las competencias se definen y enumeran dentro del **contexto** laboral en el que deben ponerse en práctica, por lo que una competencia no es un conocimiento, una habilidad o una actitud aisladas, sino la unión integrada de todos los componentes en el desempeño laboral ⁴. La interacción entre ellos es lo que permite establecer distintos niveles de desempeño laboral hasta la excelencia, para un puesto de trabajo concreto, en una organización concreta (para el médico de familia o para otro profesional, para la atención primaria o atención en urgencias, etc.), de forma que la competencia del médico no existe fuera de un contexto profesional relevante.

Entre los factores contextuales frecuentes destacan: el sitio de la actividad clínica, la prevalencia local de las enfermedades, nivel escolar de los pacientes, celeridad para

acudir al médico, cultura de salud del entorno, y una serie de características de los pacientes y médicos⁵.

1.2. Competencia como concepto multidimensional

La competencia es un concepto que pone énfasis en la multidimensionalidad. Como todo **constructo**, el acceso a su realidad es sólo incompleto a través de diferentes formas de medición que reflejan aspectos parciales de su complejidad: conocimientos, habilidades psicomotoras, actitudes, razonamiento clínico, habilidades para la comunicación, habilidades para el trabajo interdisciplinario etc. Es evidente que aun midiendo todos estos aspectos no se podrá acceder al concepto completo que es la competencia clínica, o sea: la competencia clínica no es la mera suma de todas estas parcialidades sino que es un todo complejo y sistematizado.

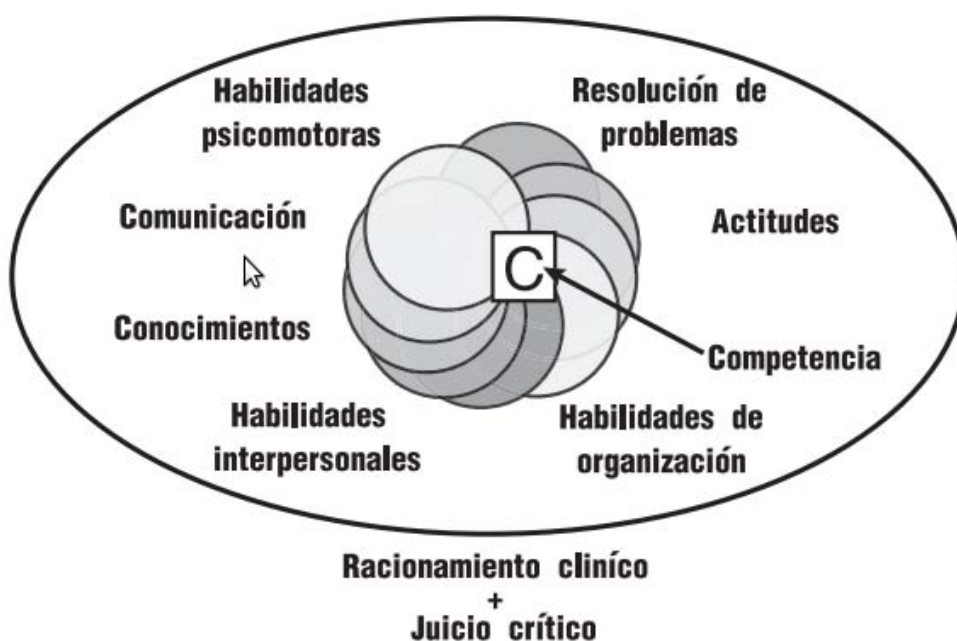


Figura 1. La perspectiva multidimensional de la competencia clínica (modificado de Brailovsky C, 2001)

De los componentes competenciales, tradicionalmente se ha enfatizado dos: los conocimientos y las habilidades y destrezas (Saber y saber hacer), ambos se dan por descontados cuando se posee un título profesional.

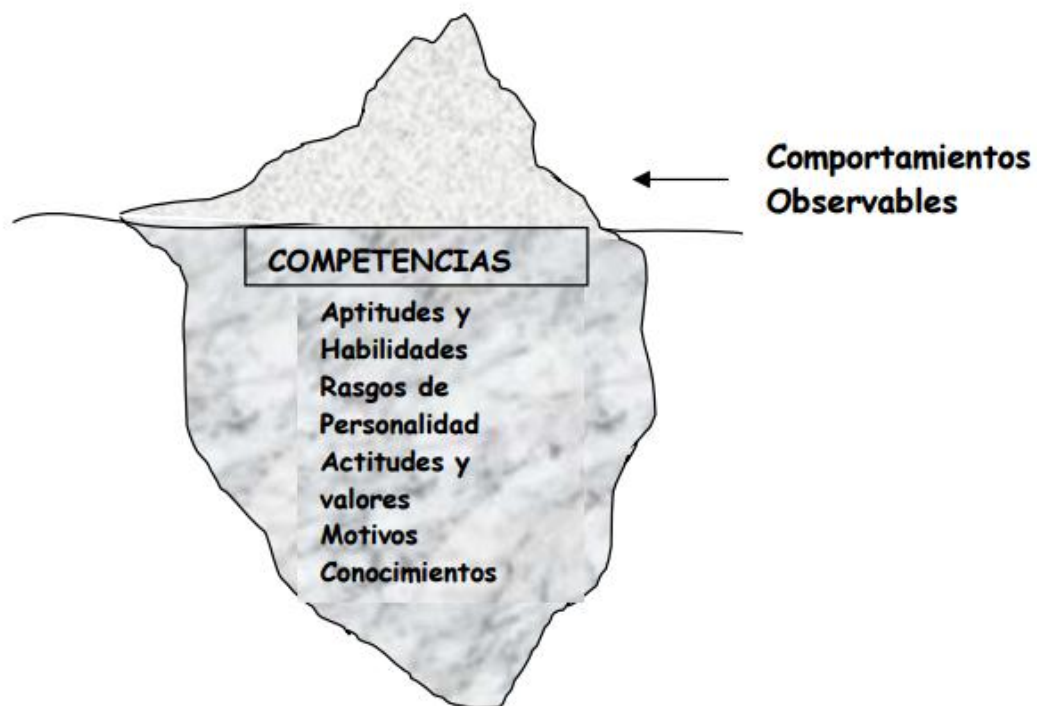
Estos componentes tangibles de las competencias (es decir, observables mediante conductas del profesional) están más relacionados con competencias técnicas y, pese a

ser necesarios para ser un profesional competente, no están ligados a un desempeño superior, sino los **componentes intangibles**: aquellos relacionados con valores, motivaciones y actitudes, que son los que se asocian con un alto desempeño laboral ⁶.

Las competencias intangibles serían, sobre todo, las interpersonales (coordinación de acciones, equipos de alto desempeño y efectividad grupal) y las competencias del sí mismo (capital intelectual, gestión del conocimiento, talento e inteligencia emocional, entre otras) y son las que aportan valor diferencial al profesional y a la organización para la que trabaja ⁷, aunque sin embargo, son muy difíciles de cuantificar mediante una conducta observable.

Es decir, que del conjunto de competencias de un profesional, incluyendo los conocimientos y habilidades, aptitudes, personalidad, valores y actitudes, motivación, sólo podemos observar una parte, en determinadas conductas de su desempeño, por lo que se ha llegado a representar la competencia como un iceberg, del que sólo podemos observar el vértice, tal como se representa en la figura 2.

Figura 2. Las competencias como comportamientos observables



**Las Competencias como Comportamientos Observables
en el Iceberg Conductual (Pereda y Berrocal, 1999)**

Kane subrayó la importancia de definir el ámbito de la práctica de cualquier profesional cada vez que se discute la noción de competencia, puesto que ésta es muy específica para cada tarea: uno puede ser muy competente en algunas áreas o para ciertas tareas y totalmente incompetente para otras ⁸.

¿Existen algunos componentes competenciales o algunos signos de competencia que definen al buen clínico? Una revisión de la literatura en medicina no halló características definitorias del clínico competente y tampoco un consenso sobre una taxonomía de la competencia clínica⁹.

En la práctica diaria de un médico de familia, muchas situaciones son rutinarias y no requieren de una elevada competencia para ser resueltas. Sin embargo, los pacientes complejos en atención primaria presentan múltiples problemas, algunos no bien definidos, a menudo en una etapa temprana de la enfermedad cuando los síntomas y signos no son evidentes. Además, todos los motivos de consulta están dentro de su campo de trabajo, por lo que no pueden ser definidas unas patologías propias de su especialidad. En este sentido, algunos autores definen la competencia como la capacidad de resolver situaciones inesperadas o complejas, tomar decisiones en entornos de incertidumbre o con información ambigua o incompleta¹⁰.

1.3. Mapa competencial del médico de familia

Los diferentes componentes que integran la competencia de un médico de familia han sido definidos en el Programa Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ¹¹. Sólo las competencias básicas son más de 100. Para evaluar la competencia global, y aun siendo conscientes de que no explican toda la variabilidad y experiencia clínica, resulta útil definir los componentes competenciales básicos y ponderarlos respecto al total, estableciendo así un mapa de competencias para la evaluación profesional en Medicina de Familia ¹² (figura 3).

Figura 3. Mapa de componentes competenciales ponderado para la evaluación en MF

| Áreas competenciales | Componentes competenciales | |
|--|---|-----------------------|
| Atención al individuo, familia y comunidad (75%) | Habilidades clínicas básicas 15 % | Anamnesis |
| | | Exploración física |
| | | Documentación clínica |
| | Comunicación 10 % | |
| | Habilidades técnicas 5% | Diagnósticas |
| | | Terapéuticas |
| | Manejo 30% | Plan diagnóstico |
| | | Plan terapéutico |
| | | Plan de seguimiento |
| | Atención a la familia y a la comunidad 5% | |
| Actividades preventivas 5% | | |
| Aspectos éticos de la práctica asistencial 5% | | |
| Desarrollo profesional y personal (25%) | Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo 5 % | |
| | Formación, docencia e investigación 20 % | |

1.4. Componentes competenciales y su influencia en la calidad

La competencia profesional del médico es una de las variables que condicionan la calidad de la asistencia sanitaria ¹³. La evaluación de la competencia del médico de familia es relevante en un proceso continuo de mejora en Atención Primaria, que garantice la calidad y seguridad de las actuaciones profesionales, sean éstas asistenciales, docentes o investigadoras ¹⁴.

En este sentido, el peso relativo de los diferentes componentes competenciales en la calidad de la atención médica varía en función del objeto de la evaluación y del actor (gestor, docente, paciente, etc.). Se sabe que, por ejemplo, los pacientes crónicos definen la competencia médica enlazando elementos técnicos de habilidad y conocimientos (tener conocimientos e interés por la enfermedad, acertar en los diagnósticos y tratamientos, mantener una continuidad en la atención con seguimientos correctos o solicitar las pruebas precisas) con otros relacionales, referidos a la comunicación y a la información (informar, escuchar, confiar, estimular las preguntas) y al trato (humanidad, amabilidad, respeto, interés, cercanía) ¹⁵.

El grupo de trabajo Portfolio-SemFYC elaboró un listado de competencias priorizadas para la evaluación del médico de familia, basándose en el mapa de competencias SemFYC e incorporando la opinión de pacientes expertos del Foro Español de Pacientes (www.webpacientes.org/fep) que representa diversas organizaciones y asociaciones de pacientes y usuarios de todo el estado español ¹⁶.

El análisis de estos componentes competenciales importantes para un Médico de Familia (Anamnesis, Exploración, Comunicación médico-paciente, Manejo diagnóstico-terapéutico, Atención familiar, Actividades Preventivas, Habilidades técnicas y aspectos éticos entre otros) aporta una información imprescindible para la autoevaluación y mejora de sus capacidades, los resultados clínicos y la calidad de la asistencia sanitaria ^{17 18 19}.

1.5. Competencia médica y su relación con el tiempo de consulta

El envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas aumentan las necesidades de cuidados de la población. Atención Primaria ha demostrado ser el sistema más eficiente de proporcionar cuidados sanitarios a pacientes complejos con comorbilidad²⁰. Sin embargo, el tiempo es el déficit clave que hace que la atención primaria sea menos efectiva.

El tiempo es el que da forma y densidad a la relación médico-paciente, en cada consulta y a lo largo de los años. Sin tiempo suficiente, el médico de familia no puede proporcionar prevención ni promoción de la salud, detectar demandas subyacentes, diagnosticar, evaluar las necesidades integrales, etc

Se ha demostrado que en consultas más largas se abordan más problemas psicosociales^{21 22} y se realizan más actividades preventivas^{23 24}

El sistema sanitario y el modo de pago a los profesionales influye mucho en la **duración** de las consultas en Atención Primaria: el tiempo disponible para cada paciente es mucho mayor para los generalistas americanos (medicina mayoritariamente privada), a bastante distancia de británicos (sistema público de salud) y alemanes (pago por acto)²⁵. Las primeras visitas son más largas, y también las que precisan de exploración física completa (36 minutos en EEUU, 20 en Reino Unido y 12 en Alemania).

De **promedio**, en EEUU las visitas de los médicos de familia duran 20 minutos²⁶; en el Reino Unido, en 2013, 11.7²⁷. En España, la duración actual promedio está entre 7 y 9 minutos^{28 29}; las consultas son más largas si el problema del paciente es psicológico, y si hay que negociar algún tema con él³⁰. En general, tanto médicos como pacientes consideran insuficiente el tiempo de atención a pacientes en atención primaria^{31 32}

Aunque se ha relacionado la mayor duración de las consultas con satisfacción del paciente³³ y mejores indicadores de **calidad**³⁴, una revisión Cochrane³⁵ concluye que no hay suficiente evidencia para concluir que una intervención destinada a incrementar la duración de las consultas mejore los resultados o la satisfacción del paciente. Sin embargo, otra revisión sistemática sí demuestra beneficios de consultas más largas para pacientes con problemas psicológicos en atención primaria³⁶. Otra revisión británica relaciona mayor duración de las consultas con mejores diagnósticos y tratamientos, y más satisfacción del paciente y el profesional³⁷.

En diversos países se ha demostrado que los médicos de AP con consultas más largas prescriben menos fármacos, derivan menos a otros especialistas, y proporcionan más consejos sobre estilos de vida y actividades preventivas³⁸; También tienden a abordar mejor los problemas psicosociales, considerar un mayor número de problemas por paciente, y a intercambiar con él más cantidad de información³⁹.

En este escenario, surge la duda de si el tiempo de consulta es un indicador de calidad independiente, o más bien un marcador de las habilidades del médico, es decir, de su competencia.

En un trabajo realizado en España con pacientes infiltrados, un tiempo de visita superior a 10 minutos no se correlacionó con mejores competencias, pero sí con mejor satisfacción del paciente⁴⁰.

En resumen, los médicos que se demoran más en sus visitas proporcionan una atención de mayor calidad a sus pacientes, pero las intervenciones dirigidas a aumentar el tiempo de consulta no han demostrado mejora de los resultados en salud.

¿Es el tiempo de consulta un marcador de la competencia del médico, más que de la calidad de la asistencia prestada?

1.6. Los componentes competenciales y el razonamiento clínico del médico de familia

Las habilidades clínicas pueden agruparse en: a) habilidades de comunicación y anamnesis; b) habilidades en exploración física, y c) habilidades en la toma de decisiones, tanto de abordaje diagnóstico como terapéutico ⁴¹.

El razonamiento médico ⁴² consiste en una serie de procesos mentales por los que, se recoge, analiza e interpreta la información del paciente, para llegar a un diagnóstico y a la indicación de medidas terapéuticas.

Se han descrito 2 grandes métodos de razonar ⁴³ en el acto clínico:

- método intuitivo, de reconocimiento de patrones. El médico reconoce cuadros de forma rápida, por similitud directa con patrones clínicos que tiene almacenados en su memoria, sin necesidad de un proceso de búsqueda y evaluación de información. En este método tiene gran importancia la experiencia del médico, que estructura el conocimiento en “guiones” (scripts) sobre casos previos. En esta aproximación tiene muchas veces un gran peso la primera impresión y la intuición junto con la utilización de heurísticas (reglas empíricas) y atajos mentales (rutinas).
- método analítico, aplica la racionalidad y utiliza el razonamiento deductivo, la lógica, y el cálculo de probabilidades, especialmente si se dispone de suficiente información. Se trata de procesos conscientes y activos. Puede ser **deductivo** (a partir de hipótesis, que guían la búsqueda de información para confirmarlas o refutarlas, el médico trabaja desde el diagnóstico a los datos) o **inductivo** (el médico actúa siguiendo un esquema de conocimiento o algoritmo de decisión, desde los datos de presentación hasta el diagnóstico)

En la práctica, en atención primaria, ambos métodos se combinan, lo cual es deseable, o se alternan en función del motivo de consulta: la aproximación intuitiva requiere menos tiempo y esfuerzo y por lo tanto se prioriza en las circunstancias habituales, cuando el médico no tiene dificultades en reconocer enfermedades que se manifiestan de forma completa y característica.

En cualquier aproximación, el razonamiento clínico supone tomar una serie de decisiones sobre métodos, procedimientos y acciones específicas que se escogen, y otras que se descartan. El seleccionar unas determinadas preguntas en la anamnesis o ciertas maniobras en la exploración física está determinado ⁴⁴ por los conocimientos y la experiencia previa del médico, la evidencia disponible, la probabilidad de que el paciente presente o no una determinada patología, y en el caso del médico de familia especialmente, la consideración de la persona y su contexto.

En el razonamiento clínico, para llegar a un diagnóstico correcto, es la anamnesis la que tiene mayor importancia, el examen físico añade menos información, y los exámenes complementarios son sólo necesarios en el 20 al 23 % de los casos. En las consultas por síntomas comunes, los más frecuentes en Atención Primaria, la evidencia señala que la anamnesis y el examen físico aportan del 73% al 94% de la información para el diagnóstico, mientras que otros procedimientos y pruebas contribuyen mucho menos ⁴⁵.

Diversos autores denuncian que asistimos a un deterioro universal de la clínica, especialmente un menosprecio del valor de la anamnesis y la exploración física, desplazando todo el valor del acto clínico a las exploraciones complementarias. Existe preocupación por el hecho de que, en ausencia de una buena historia clínica, el abuso tecnológico en lugar de ayudar, conduce a que los errores médicos se hagan más frecuentes ⁴⁶.

1.6.1. Anamnesis

La anamnesis es una parte esencial de la consulta médica ⁴⁷ en la que el buen profesional escucha y pregunta para la obtención de información necesaria para la toma de decisiones, en un diálogo con pacientes y/o acompañantes que constituye la esencia de la relación médico paciente.

En la práctica médica, en general, un interrogatorio minucioso por sí sólo es capaz de llevar al diagnóstico en el 56 al 62 % de los enfermos ⁴⁸. La anamnesis es, pues, la parte más rentable del acto médico, al mismo tiempo se la considera más difícil y dependiente de mayores habilidades que, por ejemplo, la exploración física, y más influenciada por la relación médico-paciente.

Clásicamente se han considerado las **habilidades** de anamnesis ⁴⁹ como una serie de preguntas sobre el motivo de consulta que han de incluir como mínimo: definición (¿qué es?), calidad (¿cómo es?), intensidad o gravedad, inicio (¿desde cuándo?), localización corporal, temporalidad y cronología, evolución de las anteriores características, factores desencadenantes, factores que agravan o alivian, Además, se considera adecuado preguntar sobre antecedentes patológicos del paciente, medicación habitual, procesos concomitantes, datos biográficos, etc.

Algunas tareas concretas de la anamnesis (minuciosidad en la exploración del motivo de consulta, proximidad al paciente cuando hace preguntas, clarificación o confirmación de la información proporcionada por el paciente y hacer resúmenes de la información disponible) se han relacionado positivamente con la competencia diagnóstica ⁵⁰. Estas habilidades están presentes en los primeros minutos de la entrevista y son indicadores de que el profesional trabaja con una hipótesis diagnóstica temprana. La generación de una hipótesis dentro del primer minuto de entrevista juega un papel crucial para alcanzar un diagnóstico correcto⁵¹. El médico que recopila muchos datos y que formula muchas preguntas no directamente relacionadas con el motivo de consulta no hace mejores diagnósticos ⁵².

Las habilidades de **comunicación** están relacionadas directamente con las habilidades de anamnesis: para obtener datos fiables y valiosos hay que saber preguntar, pero también hay que saber escuchar, no interrumpir, facilitar la narración espontánea del paciente, orientar y apoyar el diálogo para obtener la información preelaborada, lo que se engloba en una serie de técnicas que llamamos **escucha activa**.

Para una buena anamnesis, es necesario aplicar técnicas correctas de comunicación, pero no es suficiente: un buen comunicador puede hacer una mala anamnesis, porque para interrogar bien hay que tener además buenos conocimientos clínicos y de diagnóstico diferencial.

La anamnesis correcta⁵³ es, pues:

- adecuada al motivo de consulta
- individualizada para ese paciente y su contexto
- adaptada al tiempo disponible
- priorizando aquellas preguntas que confirman o descartan las hipótesis generadas tempranamente.

Según el **modelo biopsicosocial**⁵⁴ hay además aspectos psicológicos y sociales del paciente que influyen en la enfermedad y su evolución, en el resultado terapéutico final, y en la relación profesional-paciente. Según la persona y el motivo de consulta, los factores psicológicos y sociales tendrán mayor o menor importancia en la anamnesis, pero en algunos casos son la clave que puede llevar a un diagnóstico y manejo correcto del problema del paciente.

Una evolución posterior de este modelo incluye la narrativa del paciente sobre su proceso como una parte importantísima tanto en el diagnóstico como en el tratamiento: se constata que el simple hecho de poder hablar con el médico sobre la opinión que el paciente tiene acerca de la naturaleza de su problema se asocia de forma significativa a la mejoría del proceso⁵⁵. Surge así el modelo de **atención centrada en el paciente** (*patient centred care*, por oposición al modelo centrado en el síntoma-enfermedad, o en el profesional). Este modelo incorpora en la anamnesis elementos novedosos e imprescindibles para el abordaje de algunos problemas de salud: el médico no debe explorar solamente la enfermedad, sino la vivencia de la enfermedad por el paciente. Debe entonces reunir información hasta comprender la idea que tiene el paciente sobre la naturaleza y el origen de la enfermedad, los sentimientos que le produce, el impacto en su vida diaria y sus expectativas respecto al profesional⁵⁶.

En **Atención Primaria** no es recomendable la anamnesis completa y sistemática que puede ser relevante en un paciente ingresado en Medicina Interna, por ejemplo. En nuestro entorno⁵⁷, se ha propuesto la anamnesis en “paquetes” de preguntas: anamnesis focalizada en el problema, anamnesis psicosocial, y anamnesis centrada en el paciente. Estas preguntas, relacionadas con los motivos de consulta más habituales, organizadas en paquetes y aprendidas de forma que surjan casi automáticamente, facilitan la labor del médico de familia, optimizan el tiempo disponible, y proporcionan datos de calidad.

Cuestiones sobre las que no hallamos evidencia:

¿Qué datos del paciente, del profesional o del propio encuentro influyen en la calidad de la anamnesis?

¿Existen preguntas más “rentables” que otras al abordar un motivo de consulta concreto?

¿Qué relación tiene la anamnesis con otras habilidades clínicas para llegar a un diagnóstico correcto?

1.6.2. Exploración Física

La exploración física tiene un menor peso relativo en el acto clínico: aunque es muy variable según el motivo de consulta ^{58 59 60}, la anamnesis por sí sola puede llevar a diagnóstico del 65-90% de los pacientes y la exploración física solamente es imprescindible para diagnosticar el 10-30%.

Existen pocos datos sobre si la metodología exploratoria es correcta y, cuál es el valor predictivo de muchas maniobras exploratorias. Tampoco está bien establecido para muchos motivos de consulta cuál es la exploración física adecuada, esto es: correctamente orientada a los problemas que presenta el paciente, y destinada a confirmar o descartar hipótesis diagnósticas iniciales⁶¹.

Se ha demostrado que los resultados del examen clínico inicial del paciente sirven para calcular la posibilidad pre-test de que éste presente una determinada patología, y nos ayudan a decidir adecuadamente las exploraciones complementarias subsecuentes, y por tanto mejoran la eficiencia disminuyendo los costes de la atención⁶².

La exploración física básica es aquella que tenga un buen rendimiento para una determinada situación en la consulta del médico de familia, dirigida al cribado de aquellas condiciones de salud/enfermedad más prevalentes, vulnerables a nuestra acción, importantes y coste-efectivas. Esta exploración básica será diferente según se le asigne el valor de cribado o de seguimiento de un problema de salud.

Podemos definir la exploración física orientada a los problemas como: maniobras exploratorias agrupadas de una determinada secuencia, que para una o varias situaciones clínicas ofrecen una buena sensibilidad, aceptable especificidad y valores predictivos positivos o negativos conocidos.

En las últimas décadas se ha generalizado un interés por determinar la sensibilidad y especificidad de la exploración física⁶³. Dos grandes series editoriales ha arrojado luz sobre la mejor evidencia y recomendaciones en exploración física: *The rational clinical examination*⁶⁴, en JAMA, y *Clinical assessment of the reliability of the examination*⁶⁵ (CARE) en Evidence Based Medicine, del grupo BMJ.

Existe numerosa literatura científica que investiga sobre la exploración física: se estudia el impacto que tienen determinadas maniobras exploratorias en el manejo⁶⁶, la sensibilidad y especificidad que tienen con respecto a algunas enfermedades^{62 66}.

La exploración física ha demostrado muy poca utilidad (valores predictivos bajos) en Atención Primaria para el diagnóstico de: hernia discal lumbar⁶⁷, rotura de menisco⁶⁸, infecciones de vías respiratorias⁶⁹, arritmias⁷⁰, neumonía⁷¹, trombosis venosa profunda⁷² entre otros.

Muchas maniobras exploratorias siguen sin ser convenientemente testadas, y las que sí lo han sido, ofrecen en ocasiones variaciones interobservador muy altas. (por ejemplo, la auscultación respiratoria presenta un 24% de discrepancia entre especialistas ⁶⁶) Existe una creciente preocupación por la pérdida de habilidades clínicas de los médicos en detrimento de las exploraciones complementarias, lo que ha estimulado el intento de mejorar la enseñanza y la evaluación de estas habilidades, de su validez, fiabilidad y valores predictivos⁶². Algunos autores señalan con "ironía" la relativa escasez de inversiones en comprender y mejorar el examen clínico, en comparación con el gran esfuerzo económico e investigador para evaluar exploraciones complementarias, muchas de las cuales serían innecesarias si conociéramos más y mejor la exploración física⁷³.

Actualmente, aunque existe mucha investigación sobre exploración física, hay pocas maniobras que hayan demostrado sensibilidad y especificidad adecuadas para un contexto clínico concreto.

Por eso, en las guías clínicas basadas en la evidencia, por ejemplo, las recomendaciones sobre pruebas diagnósticas o tratamiento se basan en resultados de ECA, mientras que las recomendaciones sobre exploración física están basadas muchas veces en consenso de expertos^{74 75 76 77}.

Como se ha comentado, se ha demostrado una relación directa entre una mayor duración de las consultas en atención primaria y un mejor diagnóstico y tratamiento, satisfacción del paciente y del profesional, etc.³⁷, pero se desconoce qué influencia tiene el tiempo disponible para la visita sobre la exploración física.

Quedan, pues, muchas preguntas por responder respecto a la exploración física:

¿Qué influencia tienen el tiempo disponible para la visita y la presión asistencial sobre la elección y aplicación de técnicas exploratorias?

¿La ejecución de determinadas exploraciones clínicas o sus resultados modifican nuestra conducta diagnóstico-terapéutica?

¿Una correcta secuencia de exploraciones evitaría errores y mejoraría los resultados clínicos?

La mayor parte de la investigación sobre la competencia de los médicos de familia se ha centrado en la historia clínica (anamnesis) y las habilidades de comunicación^{40 78}, a pesar de que la exploración física (EF) es una parte crucial del encuentro, sobre todo cuando un hallazgo físico puede guiar a un diagnóstico relevante, por ejemplo para una hepatomegalia: tumor hepático, cirrosis o hígado graso, fallo cardíaco y otros.

De hecho, la hepatomegalia es un hallazgo relativamente frecuente en la exploración física, y fácil de corroborar con pruebas complementarias y, sin embargo, hallamos escasa bibliografía sobre sensibilidad o especificidad de la exploración física para hepatomegalia, por lo que decidimos seleccionarla como objeto de estudio para evaluar la competencia del médico de familia en la consulta real.

1.6.3. Hepatomegalia y exploración física

La hepatomegalia, o aumento del tamaño del hígado por encima de las medidas consideradas normales, es diferente de un hígado palpable. En la exploración física, el hígado puede ser palpable por debajo del reborde costal en situaciones en las que no existe hepatomegalia: desnutrición o delgadez extrema, derrame pleural, EPOC, y hasta en el 57% de pacientes sin antecedentes de hepatopatía⁷⁹.

El patrón oro para confirmar la hepatomegalia es la ecografía o el TAC. El volumen hepático calculado por el TAC se correlaciona con el tamaño del hígado apreciado por el digestólogo en la exploración física, pero no con la impresión del tamaño del hígado por el radiólogo⁸⁰.

Zoli et al evalúan la variabilidad en el tamaño del hígado estimado por exploración física y por Ecografía⁸¹ en 2 grupos de pacientes sanos (N=100) y cirróticos (N=100). La concordancia es muy buena (93%) en los cirróticos, pero pobre (13%) en los individuos sanos.

Aunque no existe evidencia para recomendar muchas de las maniobras para la exploración física del hígado, algunos autores afirman que la presencia o ausencia de hepatomegalia (no así el tamaño real del hígado) puede ser detectada con moderada precisión mediante la exploración física⁸², básicamente mediante palpación y percusión. La auscultación y el test del rascado (scratch test) no han demostrado validez⁸³.

Según Naylor, en una revisión de la evidencia disponible, la probabilidad de que el borde del hígado se pueda palpar por debajo del reborde costal es de aproximadamente 50%. Sin embargo, esto no se correlaciona con la medida del hígado en pacientes normales. Por lo tanto, la probabilidad previa de detectar hepatomegalia depende mayormente de la posibilidad de una hepatopatía subyacente⁸⁴.

La detección por el médico de un borde hepático palpable tiene un coeficiente de probabilidad de 2.0 para identificar un paciente con un hígado aumentado de tamaño o de volumen, según se muestra en la tabla 1.

| Hallazgo | Hepatomegalia | CP + (IC 95%) | CP - (IC 95%) |
|--|---------------|---------------|-----------------|
| Hígado palpable | SI | 2.0 (1.5-2.8) | |
| | NO | | 0.41 (0.3-0.55) |
| CP: coeficiente de probabilidad IC: intervalo de confianza | | | |

Tabla 1 Coeficiente de probabilidad para detección de hepatomegalia si el hígado es palpable

(Adaptada de Naylor, CD 2004. Does this patient have hepatomegaly?)

En pacientes remitidos a un hospital para estudio de hepatopatía⁸⁵, la sensibilidad de la exploración física para detectar hepatomegalia en general fue baja (49% promedio), aunque con elevado valor predictivo positivo (82%). En el grupo de hepatópatas y cirróticos su sensibilidad aumenta (hasta un 70-80%), y el VPP se mantiene. En general, el rendimiento de la exploración física para estimar el tamaño del hígado y detectar hepatomegalia aumenta en pacientes cirróticos⁸⁶, excepto en aquellos que presentan ascitis.

En población general que acude a un hospital por cualquier motivo, la palpación y percusión del hígado no han demostrado ser maniobras fiables ni precisas para detectar hepatomegalia⁸⁷.

En pacientes sin antecedentes de hepatopatía, la probabilidad de que un paciente con un hígado palpable tuviese enfermedad hepática es del 63%, pero la probabilidad de que una hepatomegalia detectada en la exploración fuera confirmada después por gammagrafía es sólo del 46%.

El rendimiento de la exploración física para detectar hepatomegalia también es mayor en individuos que acuden con algún síntoma hepatobiliar respecto a personas sin sospecha de enfermedad hepática⁸⁴

En resumen:

- En general, el rendimiento de la EF para detectar HM es mayor en pacientes con hepatopatía o con sospecha de afectación hepática.
- En individuos con hepatopatía, la sensibilidad y VPP de la exploración física son aceptables para detectar hepatomegalia, y la correlación con la Ecografía es buena.
- En población general, en ambiente hospitalario, la sensibilidad es baja, aunque el VPP es elevado. Y la correlación con la Ecografía es pobre.

Preguntas sobre las que no hallamos evidencia:

¿Qué utilidad tiene la exploración física para la detección de hepatomegalia en población general en atención primaria?

¿Qué influencia tiene el hallazgo en la exploración física de una hepatomegalia en los posteriores procesos diagnóstico y de manejo clínico?

1.6.4. Pruebas complementarias y diagnóstico

El proceso de diagnóstico se compone de diferentes actividades orientadas a la obtención de información del problema de salud del paciente, unido a un proceso de generación de hipótesis y comprobación que aproxima al médico a un diagnóstico probable para poder diseñar un plan terapéutico apropiado⁸⁸. La estimación del médico de la probabilidad de que un paciente tenga una enfermedad en particular es el factor principal para escoger una de las siguientes opciones: no seguir con la investigación (probabilidad muy baja), obtener más datos por medio de pruebas (probabilidad intermedia), o tratar el problema sin someter al paciente a los riesgos de nuevas pruebas de diagnóstico (probabilidad elevada). En Atención primaria, se utilizó la conducta expectante o el tratamiento empírico para confirmar el diagnóstico hasta en una cuarta parte de las consultas⁸⁹.

En el razonamiento clínico habitual del médico de familia, la orientación o encuadre inicial se ha de basar fundamentalmente en la anamnesis, apoyada por la exploración física. Una vez formulada la hipótesis o hipótesis diagnósticas, el médico de familia deberá seleccionar los procedimientos diagnósticos, en base a la pertinencia, validez y eficiencia. Un buen MF debe ser consciente de los valores predictivos limitados de las pruebas diagnósticas y de la posibilidad de resultados falsos (positivos o negativos) con los consiguientes perjuicios para el paciente.

Para la toma de decisiones clínicas del médico de familia es necesario tener en cuenta además dos características intrínsecas de la Atención Primaria, como son la menor prevalencia de patología detrás del síntoma (la normalidad es lo más frecuente) y la limitación, variable según entornos, en la accesibilidad a pruebas complementarias.

El médico de familia delibera constantemente entre las distintas alternativas de actuación para el diagnóstico, incluyendo la conducta expectante⁹⁰, y los beneficios potenciales de cada una de ellas, sin olvidar coste, posible iatrogenia o molestias para el paciente. En general se acepta que el beneficio para el paciente, teniendo en cuenta sus circunstancias y preferencias, es prioritario ante la etiqueta diagnóstica. En otras

palabras, la meta del médico de familia no debe ser un diagnóstico certero e inequívoco de una enfermedad, sino reducir la incertidumbre hasta un nivel de certeza aceptable para ese paciente en su contexto concreto.

Otras variables que influyen en la probabilidad de solicitar una prueba complementaria son:

- características del **paciente**: pacientes hiperfrecuentadores⁹¹ reciben más peticiones de pruebas, también aquellos que expresan esa expectativa al profesional.
- del **médico**: Los profesionales más jóvenes y los residentes, suelen pedir más pruebas complementarias⁹². La insatisfacción profesional y el burnout (desgaste emocional) se relacionan con un mayor consumo de pruebas complementarias, que el propio médico reconocía como innecesarias⁹³. La menor formación del médico o un estilo de práctica más “biomédico”, también son predictores de un mayor proporción de exploraciones complementarias⁹⁴.
- de la **relación** médico-paciente⁹⁵ En los encuentros calificados como “difíciles” por el profesional o por el paciente, la probabilidad de solicitar una prueba complementaria es mayor⁹⁶
- de la **organización**: En los sistemas de salud con pago por servicio, el médico obviamente genera más demanda y solicita más pruebas⁹⁷. La práctica de la medicina defensiva y la presión asistencial elevada también se ha relacionado con aumento de exploraciones complementarias⁹⁸

No hallamos artículos o revisiones de artículos que comparen alternativas de diagnóstico o toma de decisiones en el acto clínico en atención primaria. Aunque en algunas guías clínicas sí se recoge la evidencia disponible para recomendar una o varias pruebas diagnósticas en función de la historia y la exploración física, en muchos otros casos se acepta el criterio de expertos para establecer los estándares en pruebas diagnósticas⁵².

1.7. Habilidades de Comunicación

La competencia en comunicación es una de las 5 competencias básicas contempladas en el programa de la especialidad de Medicina de Familia y comunitaria. La comunicación, junto al profesionalismo, es la única competencia exigida universalmente por las instituciones que certifican la competencia de médicos de familia.

La calidad de la **comunicación** médico-paciente influye en la satisfacción del paciente, cumplimiento y resultados del tratamiento médico⁹⁹. Buenas habilidades de comunicación, tiempo de consulta adecuado y conocimiento de la historia personal del paciente son las variables que se correlacionan con una interacción médico-paciente exitosa¹⁰⁰. Una buena comunicación está relacionada con satisfacción del paciente, adherencia a las prescripciones y consejos médicos, prevención de manifestaciones somáticas, reconocimiento de trastornos mentales y porcentaje de derivaciones y prescripciones^{101 102 103}.

Por lo tanto, el impacto de la comunicación es sobre la salud del paciente y sobre la eficiencia de la atención sanitaria: pacientes insatisfechos o incumplidores y exceso de prescripciones o derivaciones innecesarias pueden producir malos resultados en salud y costes innecesarios.

En los encuentros médicos, incluso los más simples, la comunicación es crucial, ya que permite al médico la investigación de la naturaleza del problema del paciente, que se traduce en un diagnóstico. Comunicar este diagnóstico y el plan de abordaje y tratamiento al paciente depende en gran medida de una comunicación eficaz. Los pacientes, a su vez, quieren conocer y comprender su problema y quieren sentir también que el médico les conoce y les comprende. La competencia en comunicación del médico es pues transversal: influye en la calidad de la anamnesis, la exploración física, el diagnóstico, el plan de cuidados, la educación sanitaria, la información al paciente, la toma de decisiones compartida, aspectos bioéticos, etc

Como se ha comentado anteriormente, Hay múltiples evidencias que demuestran que la **comunicación centrada en el paciente** mejora su satisfacción¹⁰⁴, la percepción de la calidad de la atención recibida¹⁰⁵, la adherencia al tratamiento¹⁰⁶, y el automanejo¹⁰⁷. Se ha objetivado un impacto positivo del este modelo de atención sobre la satisfacción del profesional^{108 109}, la relación profesional-paciente¹¹⁰ y sobre las conductas en salud de los pacientes, por lo que su aplicación al cuidado de pacientes crónicos ha mostrado diversos beneficios¹¹¹. Tras más de una década de ensayos clínicos aleatorizados, la atención centrada en el paciente ha demostrado mejorar los resultados en salud en diversas patologías, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2 Impacto de la CCP en resultados en salud en ensayos clínicos aleatorizados

| Patología | beneficio | autor, año | Cita |
|---|---|--|---|
| Sde Fatiga crónica | menor astenia mayor funcionalidad física | Nijhof et al. (2012) | Nijhof, S. L., Bleijenberg, G., Uiterwaal, C. S., Kimpfen, J. L., & van de Putte, E. M. (2012). Effectiveness of internet-based cognitive behavioural treatment for adolescents with chronic fatigue syndrome (FITNET): A randomised controlled trial. <i>Lancet</i> , 379(9824), 1412-1418 |
| HTA | mejora la TA sistólica | Green et al. 2008 | Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> . 2008 Jun 25;299(24):2857-67. |
| DM | disminución HBA1c | Greenfield, Kaplan, Ware, Yano, and Frank 1988 | Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J., Yano, E., & Frank, H. (1988). Patients' participation in medical care: effects of blood sugar control and quality of life in diabetes. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 3, 448-457 |
| Trastorno bipolar | menos síntomas maníacos y de menor duración | Simon et al. (2006) | Simon, G. E., Ludman, E. J., Bauer, M. S., Unutzer, J., & Operskalski, B. (2006). Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 63(5), 500-508 |
| IAM | leve disminución mortalidad a 1 año | Meterko et al 2010 | Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among Patients with Acute Myocardial Infarction: The Influences of Patient-Centered Care and Evidence-Based Medicine. <i>Health Services Research</i> , 45(5 Pt 1), 1188-1204. |
| Cáncer avanzado | menor intensidad síntomas menor escala depresión | Bakitas et al. 2009 | Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F. C., Seville, J., ... Ahles, T. A. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer. <i>JAMA: The Journal of the American Medical Association</i> , 302(7), 741-749. |
| EPOC | menor núm ingresos, sin diferencias en mortalidad | Casas et al 2006 | Casas, Alejandro et al. "Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients." <i>European Respiratory Journal</i> 28.1 (2006): 123-130. |
| Fibromialgia y dolor crónico musculoesquelético | menor ansiedad y estrés menor número de puntos dolorosos | Muñoz et Al, 2002 | Muñoz Alamo, M., Ruiz Moral, R., & Pérula de Torres, L. A. (2002). Evaluation of a patient centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. <i>Patient Education and Counseling</i> , 48(1), 23-31 |

La competencia en comunicación integra habilidades técnicas, reflexión en acción (durante la entrevista) y ciertas actitudes ante el sufrimiento del paciente⁵⁷. Respecto a su **evaluación**, no hay uniformidad en las habilidades, los instrumentos ni los estándares utilizados^{112 113}, aunque probablemente es la competencia sobre cuya evaluación encontramos más publicaciones y desde hace más tiempo.

En medicina de familia no existe una lista completa de las conductas observables en un médico que le definen como un buen comunicador.

Los instrumentos de evaluación más frecuentes han sido utilizados en pregrado o en ECOEs, ocasionalmente en la práctica real de médicos de familia después de la residencia^{78 40 114}.

En España, se ha evaluado la competencia comunicacional de los médicos de familia en diferentes ECOEs^{115 116}, siendo en general una de las competencias con mejores calificaciones obtenidas. Las herramientas más comúnmente utilizadas han sido la observación directa, la videograbación y la audiograbación.

1.7.1. Estándares en evaluación de la comunicación. GATHA

Diferentes cuestionarios han sido validados en castellano para la evaluación de la comunicación en entrevistas clínicas en Atención Primaria. Los 2 test más usados en nuestro medio son: el método GHATA (cuestionario con diversos ítems en 3 ejes, para la valoración de habilidades, tareas y actitudes del profesional durante la entrevista clínica), y CICAA-Decision¹¹⁷ (subescala de 17 ítems que valora cómo el profesional involucra al paciente en la toma de decisiones). En el ámbito anglosajón la herramienta más utilizada es la encuesta ACGME¹¹⁸, especialmente útil para valorar habilidades comunicativas en situaciones difíciles como el área de emergencias.

El **método GATHA** consta de diferentes cuestionarios, inicialmente el GATHA-Base¹¹⁹ (cuestionario de 45 ítems para valorar las competencias comunicacionales de los médicos de familia mediante observación directa o videograbación) y posteriormente se han elaborado distintas versiones de éste como:

- GHATA-RES¹²⁰ (validado para residentes de MFyC),
- GATHA-audio⁷⁸ (27 ítems, validado para entrevistas audiograbadas),
- GATHA-Real, GATHA-Esp¹²¹.

Los estudios de validación y la experiencia de su uso han demostrado las cualidades y limitaciones que este instrumento presenta:

Entre las **ventajas**:

1. Facilidad de uso, debido al número de ítems relativamente pequeño y las respuestas codificadas de forma dicotómica.
2. Requiere relativamente poco tiempo para su aplicación
3. El proceso de entrenamiento de los observadores es sencillo
4. Precisión y objetividad validadas
5. Es el más utilizado en España.

Algunas de las **limitaciones** encontradas son:

1. Aunque incluye ítems de abordaje psicosocial y comunicación centrada en el paciente, no está diseñado para evaluar competencias avanzadas en estos campos, así como malas noticias, negociación, motivación, etc,
2. Debido a que el instrumento es tipo checklist no permite diversos grados de respuesta, por lo que la información que aporta es poco discriminatoria para proporcionar feedback al profesional evaluado.

1.8. Evaluación de la competencia profesional

1.8.1. ¿Debemos evaluar la competencia de los médicos de familia?

Aunque la evaluación de la competencia en profesiones sanitarias es cada vez más una realidad, existe aún una cierta resistencia de algunos profesionales y organizaciones a ser evaluados. Los motivos y beneficios de la evaluación de la competencia de los médicos son los siguientes^{122 19}:

- Es parte integrante y necesaria de la formación y capacitación de profesionales. La evaluación de su competencia permite definir qué objetivos formativos han sido alcanzados, y cuáles faltan aún por lograr.
- Es imprescindible para un plan formativo en el desarrollo profesional continuado. El médico evaluado obtiene información objetiva sobre sus áreas deficitarias, que le permiten planificar acciones formativas, y objetivar la mejora posteriormente en una nueva evaluación.
- Ayuda a la certificación y/o recertificación del médico: comprobación de la adquisición progresiva de competencia (conocimientos, habilidades y actitudes) del estudiante o médico residente. Puede ser continuada durante el proceso formativo o al final del período.
- Proporciona feedback al profesional y a su organización sobre la atención prestada. La evaluación del desempeño del médico de familia y los resultados obtenidos son parte integrante de un proceso de garantía de calidad en Atención Primaria, proporcionando información imprescindible a los responsables de la mejora continua.
- Retroinforma sobre el resultado de los programas formativos.
- Garante social de la calidad de la asistencia y de la formación de especialistas. Las sociedades de los países desarrollados muestran una exigencia cada vez mayor de garantía de calidad de los servicios prestados por algunos profesionales, especialmente los sanitarios.

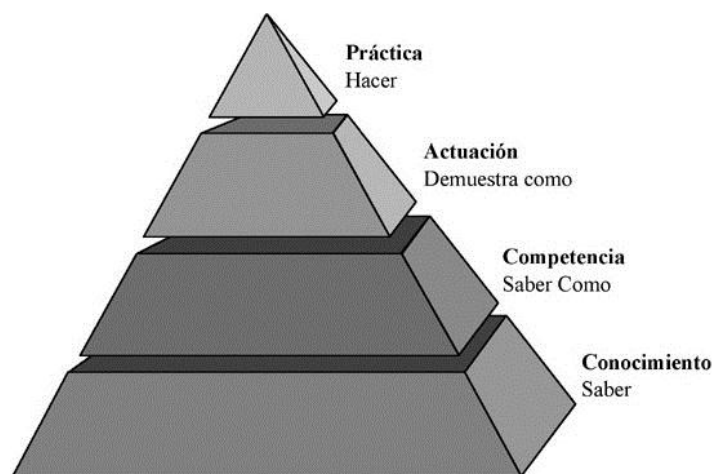
La evaluación de la competencia puede usarse con fines puramente formativos, generalmente en las facultades de medicina, o con intención sumativa para acreditar o certificar profesionales.

La acreditación de un médico la realiza la institución responsable de su formación cuando, tanto el profesional como la estructura docente cumplen una serie de estándares. En España, la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC evalúa y garantiza un perfil básico de competencias del Médico de Familia (el Programa Nacional) y el cumplimiento de unos requisitos de acceso y permanencia, tiempo de duración, estructura curricular, características de la estructura docente y unos estándares mínimos de competencia del profesional. En España se hicieron ECOEs para los residentes de familia al acabar la residencia y también a médicos en ejercicio como acceso excepcional al título de Especialista en MFyC hasta 2015. En Andalucía existe un programa de acreditación del médico de familia en atención primaria¹²³ integrado en la Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

La certificación de un médico especialista ocurre cuando un organismo externo documenta que el profesional ha completado un proceso formativo, y superado una serie de pruebas de evaluación que garantizan su competencia en esa especialidad. La certificación (y recertificación periódica) en la especialidad de Medicina de Familia (o General Practice) se lleva a cabo actualmente en diferentes países¹²⁴, aunque no en España.

1.8.2. Evaluación: niveles e instrumentos. Miller.

Este análisis competencial puede realizarse en cuatro **niveles** según Miller¹²⁵ como puede verse en la Figura nº 4:



Pirámide de Miller

Figura 4: Pirámide representando los niveles de evaluación de la competencia

La base de la pirámide se corresponde con la evaluación de conocimientos, por ejemplo mediante un examen escrito. Conforme vamos subiendo en los escalones de la pirámide, la evaluación se va centrando más en el comportamiento del profesional y en lo que hace, y los instrumentos evaluativos se acercan más a la observación y el registro de la práctica del profesional.

Las **herramientas** de evaluación de competencias también se clasifican en niveles de la pirámide según lo que evalúen, tal como se aprecia en la figura 5.



Figura 5: Ejemplos de algunos instrumentos de evaluación según los niveles de la pirámide de Miller

- La base de la pirámide ("saber") se relaciona básicamente con pruebas escritas sobre conocimientos teóricos, es decir, descontextualizados.
- En el segundo nivel ("saber cómo") se realizan también pruebas escritas basadas en contextos clínicos, en casos concretos. Sirve para evaluar algunas habilidades concretas: competencias de razonamiento clínico y toma de decisiones..
- El tercer nivel de la pirámide ("demostrar") se relaciona con las pruebas basadas en simulaciones, de ahí que van der Vleuten las englobe en la expresión "evaluación de la práctica *in vitro*". Ha demostrado tener una buena correlación con el siguiente nivel aunque en algunas competencias como la comunicación tiende a ser sobrevalorada. A este nivel se encuentran los maniqués, los pacientes simulados y las evaluaciones objetivas clínicas estructuradas (ECOEs). Las ECOEs suponen la combinación de diversos instrumentos para la evaluación de la competencia clínica. En el 3º escalón, se evalúa la práctica del profesional en condiciones "de laboratorio", con pacientes simulados, escenarios simulados, ECOEs, etc
- El vértice de la pirámide ("hacer") incluye los instrumentos que permiten evaluar la práctica real, la "evaluación de la práctica *in vivo*". La observación (directa o videograbada), el portafolio, la evaluación de registros clínicos, el análisis de los resultados clínicos, y la utilización de pacientes simulados ocultos son algunos de los

más utilizados. En el 4º escalón, se valora lo que el profesional hace en realidad, en su entorno de trabajo habitual, con pacientes reales, y todos aquellos aspectos contextuales que influyen en su desempeño (organizativos, emocionales, asistenciales, etc)

Hay poca **correlación** entre las cualificaciones académicas de los médicos de familia en los exámenes escritos comparado con su desempeño en la práctica real¹²⁶.

En nuestro entorno, tampoco se halló correlación entre el nivel 1 y el nivel 3 en estudiantes de medicina: evaluaron 73 estudiantes de último curso de Bellvitge con Pacientes estandarizados para valorar sus habilidades clínicas. El método confirmó su fiabilidad y demostró que no existe una correlación entre las puntuaciones con PE y sus exámenes académicos que reflejan principalmente el conocimiento¹²⁷.

Si nos centramos en Atención Primaria, diferentes estudios muestran que hay diferencias entre lo que puede hacer el médico en escenarios altamente controlados (como ocurre en la ECOE) y lo que hace realmente en la práctica clínica cotidiana¹²⁸.

Si se compara la evaluación por videograbación de médicos de familia en una ECOE con pacientes estandarizados y esos mismos médicos con sus pacientes en la **práctica real** en sus consultas, la videograbación de la práctica real mostró una mayor validez y fiabilidad¹²⁹. Curiosamente, los profesionales obtienen mejores puntuaciones en comunicación en la práctica “in vitro”, pero casi todos ellos, cuando observaron las videograbaciones, declararon que su “estilo de comunicar” era más “auténtico y natural” en la videograbación “in vivo”.

Por tanto, la importancia de valorar la competencia en el **cuarto escalón** es esencial. No existe correlación entre el nivel 1 básico de conocimientos y la práctica real del profesional: médicos con muy buenos conocimientos pueden ser menos competentes en la práctica clínica que otros con menos conocimientos. La evaluación de la competencia en ambientes controlados (tercer escalón), aunque más cercana a la realidad, arroja resultados diferentes a los de la evaluación de la actuación de los médicos en la práctica, la cual depende además de otros muchos factores como el equipo, el sistema de salud en el que trabajan y muchas otras variables¹³⁰.

Los factores que influyen en el desempeño clínico del médico de familia: son numerosos y se pueden agrupar en relacionados con el sistema y con el individuo. Las influencias relacionadas con el sistema incluyen: programas e iniciativas del gobierno, expectativas de los pacientes, guías y políticas para el ejercicio profesional, tiempo para la actividad clínica, recursos para realizar el trabajo, entre otros elementos. Entre las influencias relacionadas con el individuo, están: salud física y mental del médico, su estado mental al momento de la evaluación, sus relaciones con otras personas, incluyendo pacientes, otros profesionales del equipo de salud —especialmente otros médicos— y con su propia familia.

La “competencia” es un constructo que es accesible de manera parcial, a través de aspectos que se pueden medir, como los conocimientos, las habilidades técnicas, las actitudes, la capacidad de solucionar problemas, el razonamiento, la capacidad de comunicar (con los pacientes o con los colegas, etc). El problema mayor que se plantea es que midiendo los aspectos accesibles se tiene una visión muy parcial del cuadro global. No sólo se dejan de lado las interacciones simples entre elementos de la competencia, sino que además tampoco se observan las interacciones múltiples entre ellos. Inferir niveles de competencia a partir de la medida de aspectos parciales de la misma es muy impreciso. La tendencia universal en educación médica es hacia el desarrollo de programas formativos basados en competencias, lo que implica la necesidad de utilizar instrumentos que puedan utilizarse simultáneamente, de manera integrada, para evaluar en forma amplia y horizontal el constructo multidimensional y multivariado que constituye la competencia. Cada vez más se utilizan modelos flexibles que permiten formular juicios globales. Estos instrumentos deben permitir evaluar comportamientos, la aplicación de conocimientos para la resolución de problemas y la toma de decisiones, habilidades de comunicación, profesionalismo y otras dimensiones profesionales¹³¹.

Cualquier **herramienta** de evaluación puede ser considerada bajo las siguientes características: validez, fiabilidad, impacto educativo, aceptabilidad, factibilidad y costos⁹. La combinación de ellas, nos daría un índice de utilidad global, tal como se muestra en la figura 6.

Figura 6 Índice de utilidad global de las herramientas de evaluación (modificado de Brailowsky)

$$U = (F \times V \times IE \times A) / C$$

| | | |
|------------------------|-------------------|-------------|
| U = Utilidad | F = Fiabilidad | V = Validez |
| IE = Impacto educativo | A = Aceptabilidad | C = Coste |

Cada una de estas cualidades tendrá una importancia diferente en función del objetivo de la evaluación. Por ejemplo: una sensibilidad elevada implica un punto de corte alto en una prueba de evaluación. Esto puede ser necesario en una prueba que pretenda “detectar” médicos candidatos a una evaluación posterior.

Ningún método de evaluación posee niveles óptimos de las 6 características; por ello suelen utilizarse una combinación de diferentes herramientas, cada una para un propósito o varios, que configuran un **sistema** global de evaluación con características psicométricas más equilibradas.

La **ECO**E (evaluación clínica objetiva estructurada) es un modelo que permite integrar diversos instrumentos consiguiendo una medición global fiable de la competencia en el **3r nivel** (“in vitro”), el candidato demuestra cómo actúa, resolviendo situaciones similares a las de la práctica clínica pero en una situación simulada. Esencialmente, una ECOE es un examen multiestacional, es decir, se basa en un recorrido de estaciones que es seguido por los candidatos evaluados. En cada estación el candidato deberá afrontar y resolver determinadas situaciones: un caso con un PE, interpretar una prueba complementaria, responder preguntas abiertas de respuesta corta, interactuar con maniquís, simulaciones

por ordenador, imágenes clínicas, etc. La experiencia en estas pruebas es amplia y cumple con los requisitos necesarios de accesibilidad, validez, factibilidad e impacto educacional para medir la competencia.

Existe gran cantidad de bibliografía relativa al análisis de la competencia hasta el tercer escalón de Miller. La mayor experiencia en la evaluación de la competencia clínica de profesionales en ejercicio en España corresponde al Institut d'Estudis de la Salut (IES), que trabaja en la metodología ECOE en España desde hace más de 20 años, y que, por tanto, dispone de la mejor casuística en nuestro país. En España, varios trabajos estudian mediante ECOE la competencia en estudiantes^{127 132, 133} o médicos en formación^{134 135}, y médicos en ejercicio^{136 116 115 137}.

Si hablamos de evaluar la competencia en la práctica real, hallamos múltiples evidencias internacionales sobre evaluación de competencias en la **práctica clínica real (4º escalón)**^{138 139 140 141}, pero en España mucho menos:

dos tesis publicadas^{78 40}: una de ellas estudia habilidades de anamnesis y la otra se centra en aspectos de comunicación y su influencia en el manejo diagnóstico y terapéutico.

Una evaluación del desempeño de los médicos incorporados a la atención a emergencias, mediante observación directa de su práctica real, se ha llevado a cabo en Madrid de 2006 a 2010¹⁴².

1.8.3. Evaluación de la práctica médica: de la competencia al desempeño.

Se ha demostrado que existe una relación inversa entre los años de práctica de un profesional y la calidad de la atención recibida¹⁴³. Son necesarias mejoras en la formación de estudiantes y residentes y en el desarrollo profesional continuo, aunque únicamente esto no es suficiente para garantizar que los médicos realizan su trabajo de forma óptima. Por ello es necesario evaluar lo que estos médicos hacen en su práctica real de trabajo. Esta evaluación puede hacerse con dos objetivos: sumativo (recertificación) o formativo (para dirigir el desarrollo profesional continuo).

La competencia del médico se expresa en la práctica real a través del **desempeño** (performance), de tal manera que solo se puede evaluar la competencia laboral o específicamente de un profesional, a través de las evidencias que el trabajador puede mostrar en su desempeño. Dicho de otra forma, evaluar el desempeño es verificar en su práctica las competencias que posee el profesional. La evaluación basada en el lugar de trabajo (Work-place based Assessment o WPBA) es la nomenclatura utilizada en algunos trabajos para indicar que evalúa lo que los médicos hacen realmente en la práctica clínica¹⁴⁴.

Las pruebas de competencia en el lugar de trabajo deben diseñarse con respeto hacia cuestiones clave como la planificación de acuerdo a los objetivos o a la especialidad, la validez respecto a las competencias que queremos medir y la fiabilidad: deben haber sido testadas adecuadamente, deben definir el resultado final de la evaluación, indicando de forma explícita el estándar apropiado (p.e. la competencia mínima). Una **evaluación del desempeño** debe usar múltiples instrumentos y debe escoger entre los diversos componentes de la competencia que pueden ser evaluados, para poder obtener una “foto completa del conjunto”¹⁴⁵. Se recomienda combinar una evaluación objetiva y subjetiva, así como utilizar pruebas cualitativas y cuantitativas.

Las **ventajas** de la evaluación directa de la práctica como una herramienta de evaluación válida son: el profesional se evalúa durante el trabajo cotidiano mientras realiza procedimientos en pacientes reales. No sólo se observa la capacidad técnica, sino que también pueden evaluarse la interacción con los pacientes, colegas y otras conductas profesionales. Pueden evaluarse una amplia gama de habilidades, desde lo procedimientos simples hasta habilidades muy complejas.

En la evaluación directa de la práctica, pueden recogerse **datos** de muy diversas maneras: auditoría de los registros médicos, evaluación por pacientes, colegas o superiores, pacientes estandarizados, audio o videograbaciones de la consulta. De acuerdo con la definición de Miller de Evaluación en el lugar de trabajo, las observaciones deben ser rutinarias o encubiertas para evitar una situación de prueba artificial. Los casos y los estándares deben ser los más cercanos posible a la realidad laboral del profesional, creíbles y aceptables. Las fuentes de datos para la evaluación también serán

lo más plurales posible. Se recomienda confiar en el criterio de los profesionales expertos para tomar decisiones cuando no hay evidencia disponible¹⁴⁶.

La **observación directa** de la práctica tiene una elevada aceptabilidad, es percibida por los profesionales observados como válida y fiable. Es costosa y requiere mucho personal, por tanto poco aplicable de forma extensiva. El sesgo de observación es importante, por lo que algunos autores lo consideran 3r escalón de Miller.

La **videoobservación** tiene similar validez y fiabilidad, valorada como menos “intrusiva” por los evaluados, requiere menos evaluadores. El sesgo de observación puede ser similar, excepto que la grabación fuese encubierta.

Las **encuestas** (a colegas, superiores, subordinados, pacientes) evalúan indirectamente la práctica de un profesional, basándose en lo que recuerdan subjetivamente de su desempeño pasado, por lo que su validez es débil. Integrando todas estas encuestas, se obtiene una evaluación 360°. Se ha postulado que es útil para medir competencias transversales como ética, comunicación, etc, sobre las que aporta una visión multiperspectiva.

Las **auditorías** son relativamente fáciles y poco costosas. Su fiabilidad no está debidamente establecida puesto que los registros en general incluyen menos datos y más pobres que los que podrían observarse en la consulta real. Útil para medir competencias más técnicas como diagnóstico, manejo, prescripción, etc. No sirve para medir habilidades transversales como comunicación, etc

El **portfolio** es una colección de pruebas o evidencias que demuestran que el aprendizaje personal necesario para ejercer determinadas competencias ha sido completado. Se han utilizado más ampliamente con finalidad formativa, no tanto evaluativa. Son muy complejos de diseño y construcción. No sirven para evaluar aspectos concretos sino la globalidad del desempeño. Su fiabilidad es baja, pero el impacto educativo es máximo.

Diferentes métodos de evaluación de la práctica real profesional se recomiendan en la literatura, incluyendo auditorías, evaluación por pares, evaluación multidireccional (360°), pacientes estandarizados y observación directa o videoobservación y portfolios, aunque sus propiedades psicométricas y su efectividad no están bien establecidos^{130 147}. Una

revisión sistemática¹⁴⁸ concluye que hay pocos estudios rigurosos, con evidencia débil, y pocas veces se combinan herramientas para poder medir un constructo complejo como el desempeño médico. La evaluación por pares y el portfolio se recomiendan por viabilidad: la gran mayoría de médicos participantes se declaran satisfechos y dicen haber mejorado en su práctica profesional después de la evaluación.

1.9. Pacientes Estandarizados.

Existen varias definiciones y tipos de pacientes evaluadores¹⁴⁹:

- 1- Pacientes Simulado, es aquel actor que representa a un paciente de forma creíble.
- 2- Paciente Estandarizado, es aquella persona, entrenada para presentar un proceso o su propio proceso (paciente real estandarizado) en forma estandarizada con objetivos evaluativos o docentes. Es decir, aquella persona que ha sido entrenada cuidadosamente para representar fidedignamente un caso de un paciente, y hacerlo de forma estandarizada, es decir, de forma invariable ante distintas situaciones o profesionales.
- 3- Paciente Monitor, es aquel paciente estandarizado que es utilizado como docente, interactuando con el discente durante la visita **o en situación de laboratorio**, para mejorar sus habilidades clínicas (p.e. enseñar exploración a estudiantes de medicina).

En la literatura, se considera un Paciente Estandarizado (PE) aquel sujeto sano o paciente real que ha sido entrenado para representar de forma exacta y consistente un caso de paciente particular, y que al mismo tiempo ha sido preparado para evaluar el desempeño de estudiantes o médicos basándose en unos criterios pre-definidos¹⁵⁰.

La evaluación de la práctica por medio de pacientes estandarizados tiene una serie de **ventajas**¹⁵¹:

En primer lugar, los investigadores pueden seleccionar el problema exacto que desean estudiar y establecer los estándares. Luego, prospectivamente pueden recoger información sobre casos concretos de desempeño. En segundo lugar, la necesidad de ajustar las diferencias en los tipos de pacientes atendidos por diferentes médicos se elimina porque el "mismo paciente" se presenta a todos los médicos. En tercer lugar, los problemas de documentación incompleta con las auditorías se eliminan porque el paciente estandarizado puede registrar las conductas del médico durante la visita. Cuando esta información se combina con la documentación clínica, así como las recomendaciones de derivación, de pruebas diagnósticas y de la prescripción generadas por la visita, surge una visión más completa y precisa de la práctica de un médico. Los pacientes estandarizados, entrenados para representar de forma consistente una amplia variedad de situaciones clínicas minimizan la variabilidad de la actuación clínica de cara a comparar procesos y resultados de diferentes profesionales.

Está demostrado que el uso de pacientes estandarizados es un método válido, fiable, preciso, aceptable y factible para evaluar la competencia¹⁵² (la fiabilidad sólo se asegura dentro de un sistema global como una ECOE; cuánto más largo es el proceso, mayor es la fiabilidad).

El paciente estandarizado puede ser utilizado también como observador, de forma que al acabar el encuentro puntúe una serie de ítems predefinidos en una hoja de recogida de datos. La estabilidad y consistencia de su actuación se ha demostrado incluso cuando el período entre intervenciones es superior a 3 meses¹⁵³.

Algunos autores piensan que también podrían ser útiles con sus comentarios, impresión general, etc como método "cualitativo" de evaluación del profesional¹⁵⁴.

Los PS, convenientemente entrenados, han sido validados como **evaluadores** del examinado mediante listas de comprobación (precisión y fiabilidad similares a la evaluación por médicos expertos). Las evaluaciones de los médicos con PE (más audiograbación y/o checklist) sobre el desempeño del médico se han demostrado consistentes con los informes de evaluadores expertos para esas mismas consultas¹⁵⁵. El uso de los PS en entornos docentes se ha generalizado, de forma que se calcula que más del 80% de las facultades de medicina en EUA utilizan PE para evaluación formativa

o sumativa¹⁵⁶. El uso de pacientes estandarizados para medir la calidad de la práctica médica plantea la cuestión de cómo establecer estándares para lo que se considera competencia clínica adecuada. Los grupos de expertos han demostrado ser fiables para establecer estándares¹⁵⁷.

1.9.1. Paciente incógnito o Paciente Estandarizado Infiltrado (PEI)

Las visitas de los pacientes estandarizados no anunciadas, insertados al azar en la práctica diaria parecen **ser un método excelente** para evaluar el desempeño real en la práctica médica. Este método es poco intrusivo y evita el sesgo de observación, pero es costoso y requiere el consentimiento previo del médico, por lo que los médicos sólo pueden ser evaluados voluntariamente. En este sentido “infiltrado” o “incógnito” significa que el médico no sabe quién es el PEI ni cuándo va a visitarlo.

La tasa de **detección del PEI** por los médicos evaluados a menudo se acepta como un marcador de calidad de la actuación del PEI. Generalmente esta proporción es baja¹⁵⁸, aunque muy variable, llegando al 70% en algún estudio. Se suele pedir al médico que informe de sospecha o detección, también se solicita al paciente, o en algún estudio se comunica al médico quién era el PEI a posteriori (entre 1 día y 1 año post-visita) y se le pregunta si tuvo sospecha o certeza de que no era un paciente real.

Una revisión sistemática¹⁵⁹ analiza 21 proyectos con pacientes estandarizados de incógnito. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en atención primaria y eran descriptivos. Muchos de ellos se diseñaron para evaluar la fiabilidad, reproductibilidad, variación interobservador o intraobservador y otras características psicométricas.

Cuando se **compara el PEI con PE conocidos**, la evaluación con PEI es más exigente y más sensible a las deficiencias en la práctica real de los médicos. En algún ensayo con finalidad formativa, los médicos declaran preferir a los PE conocidos sobre los PEI¹⁶⁰. Un estudio compara PEI evaluando médicos en su práctica real con PE conocidos evaluando estudiantes. Los casos y los actores eran los mismos, y los estudiantes obtuvieron puntuaciones significativamente mejores¹⁶¹.

En general, el PEI no sólo ha demostrado ser un método muy válido y fiable, sino que hay consenso en considerarlo como el **patrón oro** en las herramientas de evaluación de competencias. Como “gold standard”, se ha utilizado ampliamente para validar otras técnicas de evaluación de la competencia de los médicos^{138 162 163}.

Al considerarlo como mejor método de evaluación de la práctica real de los profesionales, múltiples investigadores lo han utilizado para:

- comprobar el impacto de una actividad formativa sobre la práctica real del profesional en cribado de cáncer¹⁶⁴, atención a pacientes con HIV¹⁶⁵, comunicación y toma de decisiones compartida^{166 167, 168}, manejo de la depresión¹⁶⁹.
- validar un conjunto de preguntas que ayudarían al paciente a mejorar la información que reciben del médico sobre opciones de tratamiento¹⁷⁰
- Determinar la utilidad de una aplicación informática para mejorar la calidad de la prescripción¹⁷¹
- Estudiar qué factores influyen en el precio que el médico de familia cobra por su visita¹⁷²
- Finalmente también hallamos trabajos que utilizan al PEI para evaluar el desempeño del profesional en manejo de diabetes¹⁷³, comunicación^{174 175 176}, profesionalismo¹⁷⁷, aplicación de guías de la práctica¹⁷⁸, actividades preventivas¹⁷⁹, derivaciones a psiquiatría¹⁸⁰, exactitud diagnóstica y calidad del registro¹⁸¹

Encontramos un solo estudio¹⁸² que utiliza pacientes estandarizados infiltrados para evaluar las habilidades de exploración física en las consultas reales de médicos de atención primaria, y que evalúen simultáneamente diversos componentes de la competencia del médico.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

Evaluar la competencia clínica, global y por componentes competenciales, del médico de familia en su práctica real (cuarto escalón de Miller).

2.2. Objetivos secundarios

- Diseñar un instrumento de evaluación simultánea de los principales componentes competenciales, que pueda aplicarse en la práctica de atención primaria.
- Medir la calidad global del encuentro clínico en base a estándares de calidad para cada componente competencial.
- Establecer la variación y correlación de los diversos componentes competenciales entre ellos
- Evaluar la influencia de cada uno de los componentes competenciales sobre la calidad global del encuentro.
- Establecer la influencia de factores del profesional y de la organización en la competencia del médico de familia.
- Determinar la sensibilidad de la exploración física para detectar la Hepatomegalia y su influencia sobre el manejo clínico posterior.

3. HIPÓTESIS

Los diversos componentes competenciales no son independientes entre ellos, de forma que el grado de competencia del médico es similar en todos.

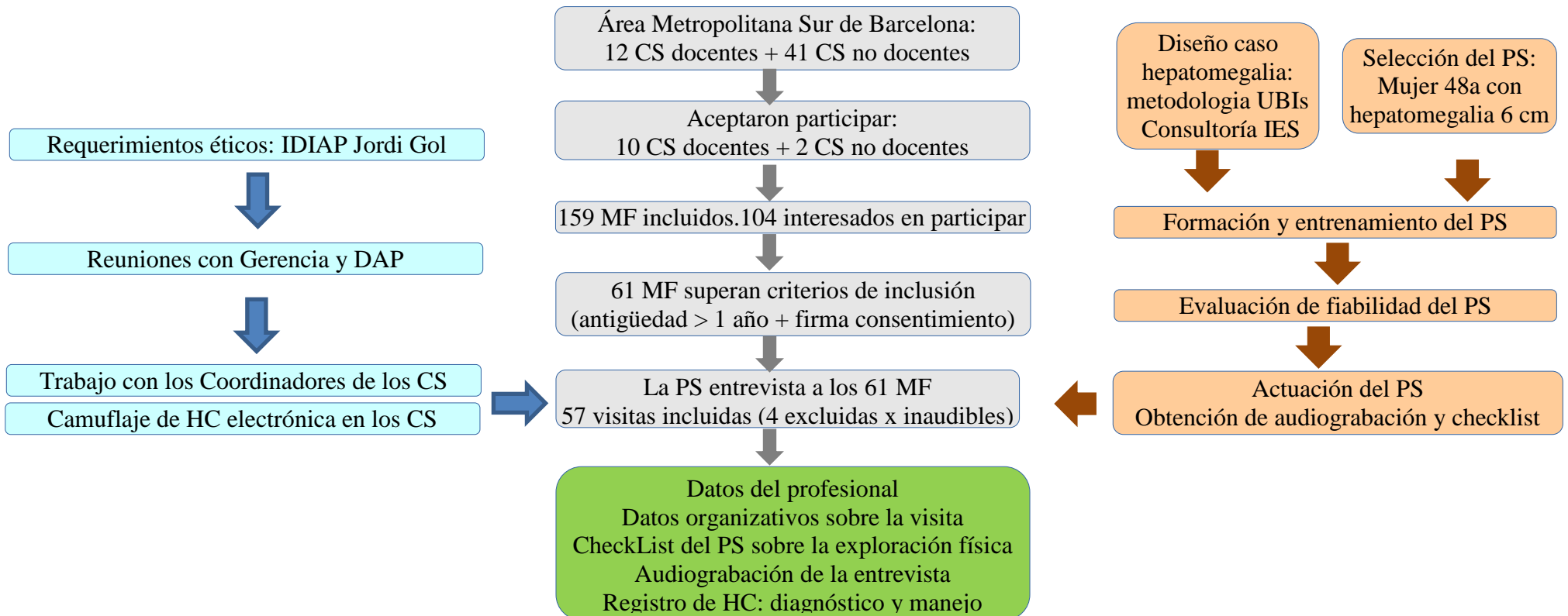
La competencia en comunicación (transversal) se correlaciona mejor con la calidad global del encuentro.

La competencia en exploración física no tiene correlación con la calidad global del encuentro.

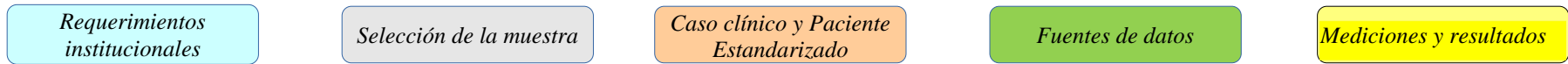
El sistema de evaluación de competencias del médico diseñado es fiable, válido y factible para evaluar la calidad de la atención en la práctica clínica

4. MATERIAL Y METODOS

4.1. Esquema general de la metodología del estudio



Evaluación de la competencia según estándares de calidad



CS:centros de salud MF:médico de familia PS:paciente estandarizada DAP:dirección de atención primaria HC:historia clínica IDIAP:Institut d'investigació en Atenció Primària
 UBI:unidad básica de información IES:Institut Estudis de la Salut ECFMG:Educational commission for foreign medical graduates

4.2. Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de valoración de competencias profesionales en situación real (4º escalón de Miller), con una paciente real estandarizada con hepatomegalia constatada previamente, infiltrada sin previo aviso en las consultas a demanda de médicos de familia.

4.3. Población y muestra: Inclusión de los centros de salud, médicos y encuentros clínicos

Para el **cálculo muestral** se estimó que los profesionales identificarían la hepatomegalia menos de un 75% de las veces, cuando la clínica estuviera relacionada con el hallazgo.

Precisión: 8%. Se buscó un equilibrio entre factibilidad y cálculo del tamaño mínimo muestral. Confianza: 95%. Se buscó construir intervalos de confianza al 95%.

TOTAL: 113 médicos. Le sumamos un 20% para obviar, en lo posible, el problema de las no respuestas, por tanto se decidió un tamaño muestral de 136 médicos

La muestra original eran todos los médicos de familia del Área Metropolitana Sur de Barcelona, en la que trabajaban varios miembros del equipo investigador. Este Área cuenta con 12 centros de salud acreditados para la formación MIR de Medicina Familiar y comunitaria, y 41 no acreditados. Aceptaron participar 10 centros acreditados para docencia, y también 2 centros no acreditados.

Estos centros incluían en total 159 médicos de familia, de los cuales 104 mostraron interés en participar en nuestro estudio.

4.3.1 Criterios de inclusión

- los médicos debían tener una antigüedad de al menos 12 meses en su puesto de trabajo
- no formar parte ni asesorar o ayudar al equipo investigador
- firmar el consentimiento informado

Finalmente, 61 médicos firmaron un consentimiento para recibir una o más visitas de uno o más PE como un paciente real en un día sin aviso previo. También consintieron

en ser grabados en una cinta de audio y que sus anotaciones clínicas fueran revisadas.

En caso de que se descubriera, o se sospechara, la visita de un paciente infiltrado, los médicos y el PE aceptaron notificarlo a los investigadores.

4.3.2. Criterios de exclusión

Los **criterios de exclusión** para los encuentros clínicos fueron:

- El PE fue descubierto
- Toda la visita o una parte de ella la realizó un profesional diferente al médico titular
- El PE no siguió el guión estándar
- Grabación inaudible o ausente

4.3.3. Requerimientos institucionales

En primer lugar, se presentó el proyecto a la Dirección del Área, para explicar los métodos y los objetivos, y solicitar su apoyo.

Posteriormente, en una reunión en cada centro de salud se explicó el proyecto a todos los médicos, su finalidad, la metodología (los médicos candidatos supieron que se les evaluaría mediante un paciente estandarizado y audit de sus historias clínicas) y se les solicitaba su participación.

4.3.4. Requerimientos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Jordi Gol i Gurina (Instituto Catalán de la Salud). [Anexo 1](#)

4.4. Instrumentos y mediciones

4.4.1. Diseño del caso

Se diseñó un caso de paciente estandarizado con hepatomegalia, sin estigmas de hepatopatía, que consulta por un motivo de dolor abdominal.

El equipo investigador escogió la **hepatomegalia** para evaluar la competencia en exploración física de los médicos de AP, porque:

- Su prevalencia es elevada en población general y en las consultas de AP
- Fácil de detectar en el examen en comparación con otros hallazgos del examen físico
- No hallamos evidencias sobre la utilidad de la EF para detección de hepatomegalia en AP
- La exploración complementaria para su confirmación (Ecografía) es accesible a médicos de AP
- La exploración física para su detección no es dolorosa o invasiva para el PE
- Su detección obliga a confirmación pues influye en el diagnóstico y el abordaje del paciente

El caso recoge las principales indicaciones referentes a anamnesis, exploración física, comunicación que permitirán su posterior evaluación. Ver Caso completo en [Anexo 2](#)

Metodología de diseño de casos (según Grup de Formació i Avaluació de la Competència Clínica. Guia D'elaboració de casos amb pacients estandarditzats. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut; 1995):

Todo caso debe contener la información suficiente para diseñar una visita con el profesional, elaborar el listado evaluativo del PE, facilitar la formación del evaluador y permitir el entrenamiento del paciente estandarizado.

La **estructura general** de un caso para paciente estandarizado es:

- título
- número de estaciones que incluye
- tiempo que va a necesitar el examinado
- instrumento evaluativo que se va a emplear en ese caso
- componentes competenciales que evalúa y porcentaje de los mismos
- tipo de actividades que van a desarrollarse en la estación
- situación de partida.

La estructura del guión del paciente estandarizado comprenderá las características generales como edad, sexo, etc., frase inicial que resuma el motivo de consulta, antecedentes familiares, antecedentes personales, enfermedad actual, diagnóstico diferencial, entorno social, aspectos de la comunicación y emocionales, hallazgos exploratorios y material (si hace falta una camilla, martillo de reflejos, etc.), se ha de especificar todo aquello que sea necesario para la realización del caso diseñado. Se recomienda que el médico que diseña el guión del actor se dé cuenta de que no está haciendo una historia clínica, sino escribiendo un guión para que éste lo realice. El diseñador del guión también debe tener en cuenta que esta representación la tiene que hacer el actor de modo idéntico con todos los candidatos. (Según Grup de Formació i Avaluació de la Competència Clínica. Guia per al desenvolupament de projectes avaluatius de la competència professional. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 1996)

4.4.2. El paciente estandarizado. Selección.

Para el caso diseñado previamente, se necesitaba una persona adulta, con hepatomegalia detectable fácilmente a la exploración física, sin signos o síntomas que hiciesen pensar en hepatopatía presente.

Se buscaron personas con las anteriores características, y además cualidades actorales y disponibilidad horaria para entrevistar a todos los médicos en horario de mañana o tarde.

El conjunto de características requeridas para un PE se presentan en la tabla 3

Tabla 3. Características requeridas para la selección de un PE (adaptado de EVOCA)

| |
|--|
| Buena capacidad dramática (No necesariamente actor) |
| Capacidad de repetir iguales papeles a estímulos repetidos y diferentes |
| Buena memoria |
| Inteligencia. Capacidad de comprensión del papel y los objetivos No dejarse contagiar por las emociones del médico. |
| Objetividad en su evaluación. |
| Lenguaje y acento propio del entorno de investigación |
| Implicación en la investigación. Motivación |
| Disponibilidad horaria y geográfica acordes con el lugar de investigación |
| Ausencia de histrionismo u otros trastornos de personalidad |
| Buena opinión del servicio sanitario público, sin conflictos pendientes, juicios, ... |

La búsqueda se realizó mediante petición a médicos de servicios de digestivo, médicos de familia y anuncios en prensa. Se contactó a los candidatos por teléfono para una preselección.

Los actores seleccionados, completaron una primera **prueba clínica**:

- Cuestionario con datos personales, sociodemográficos e historial médico.
- Exploración física completa para descartar estigmas de hepatopatía o alcoholismo.
- Ecografía que confirmase la hepatomegalia.

La segunda era una **prueba actoral**, un casting, que se realizó con el programa informático Evoca (programa diseñado por el Grupo de Evaluación de Competencias EVOCA. Autor principal: Antonio Llergo Muñoz).

Las características evaluadas y su ponderación se detallan en el anexo 3

Se requirió una puntuación global superior al 90%.

Se seleccionó un único PE para todos los encuentros: una actriz de 48 años de edad, con una

Hepatomegalia significativa de 6 cm por debajo de las costillas en la línea media clavicolar, verificada por ecografía, sin ictericia u otros estigmas de enfermedad hepática.

La PE firmó una declaración de confidencialidad, anonimato y aceptación de honorarios por cada entrevista completada.

4.4.3. Entrenamiento de actores. Metodología UBI.

La formación y el entrenamiento de la PE duró dos meses.

Se llevó a cabo de acuerdo con la metodología del Instituto Catalán de Estudios de la Salud (Grup de Formació i Avaluació de la Competència Clínica. Manual de selecció i

entrenament de pacients estandarditzats. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut; 1996)

El IES, es una institució col·laboradora de la ECFMG, Educational Commission for Foreign Medical Graduates.

El contenido y la metodología se estructuraron en 5 sesiones, cuyo contenido se detalla en el anexo 4.

Se entrenó a la paciente con la **metodología UBI** (unidades básicas de información). Las UBI son frases que transmiten una determinada cantidad de información que debe ser proporcionada al profesional:

- al iniciar la consulta (UBI de entrada)
- cuando le solicite una determinada información
- cuando el profesional actúe de una forma determinada (UBI condicionada)
- cuando el PE tenga que introducir algún aspecto nuevo (UBI de negociación, por ejemplo)

Esta metodología permite estandarizar las respuestas, pese a la diferencia de estímulos que desde distintos profesionales los actores puedan recibir.

Bases de la metodología de UBIs:

- Al inicio de la entrevista sólo se proporciona la UBI de entrada. El resto se dan sólo cuando sean preguntadas, salvo la UBI obligada en su caso.
- Cada actor debe responder con la misma cantidad de información expresada en una UBI a diferentes preguntas del Profesional. Solo se dan las UBIs de una en una.
- No se expresan informaciones de 2 UBIs diferentes ante una sola pregunta.
- En caso de que se preguntasen dos UBIs a la vez, se responde sólo la primera y a continuación se debe decir: "perdone, ¿que otra cosa me había usted preguntado?".

Por ejemplo: Médico: "¿Ha tenido usted fiebre, cansancio, o sudores?"

Actor: "Si, alguna vez me he notado fiebre. Cuando me he puesto el termómetro tenía 37 °. Y, perdone ¿que otra cosa me había usted preguntado?" Si el médico vuelve a preguntar de igual manera, se responde

con igual criterio, pero a partir de la tercera sólo se debe responder a la primera cuestión planteada.

- Cualquier cosa que se le pregunte y no esté incluida entre las UBIs debe ser negada o se le dice al médico: "no me he fijado".
- Los elementos familiares son los reales del actor pero excluyendo las enfermedades o problemas en cualquier miembro de la familia o entre ellos

La actriz representó a una mujer de mediana edad con un dolor de 7-10 días en la parte superior derecha del abdomen que aumentaba después de las comidas, con la orina más oscura de lo habitual y con náuseas ocasionales.

Fue entrenada para transmitir la creencia de que se sentía bien, sin preocupaciones importantes. Si el doctor llegaba a un diagnóstico sólo con sus síntomas clínicos sin realizar una exploración y le prescribía un medicamento o una prueba complementaria, el paciente debía decir: "entonces, doctor/a, ¿No es necesario que me mire hoy la barriga?". Sin embargo, si a pesar de este comentario el médico seguía adelante con su prescripción, el paciente no insistiría.

Cuando estuvo indicada esta pauta verbal, el PS debía informar de ello después de la entrevista.

4.4.4. Selección de estándares

Los estándares de calidad para el caso se fijaron por **consenso de expertos**.

Se reunió un grupo 6 médicos expertos (4 de ellos MF pertenecientes a un grupo de expertos en patología digestiva de la SemFyC, y 2 de ellos gastroenterólogos).

En una primera fase se utilizó la **técnica de Grupo Nominal**, en una reunión presencial de 5 horas, con el objetivo de diseñar un árbol de decisión con posibles actuaciones del médico en los aspectos de anamnesis, exploración física, diagnóstico, pruebas complementarias y derivación, definidas operativamente, es decir en términos de bien/aceptable/mal hecha.

La metodología de esta reunión puede verse en el anexo 5

Posteriormente, los expertos debían ponderar cada uno de los ítems en base a sus conocimientos, experiencia y revisión de la evidencia disponible^{183 184 185 186 187 188 189}

Esta segunda fase de priorización de estándares se realizó por correo electrónico (**técnica de grupo Delphi**)¹⁹⁰ de forma que cada uno de los expertos ponderó cada uno de los ítems individualmente. Se les pidió además que señalaran si alguna técnica en anamnesis/exploración/pruebas complementarias se consideraba “clave” o imprescindible”

Como resultado, el equipo investigador obtuvo un listado de posibles actuaciones ponderadas.

| Evaluación de competencia en anamnesis | Máx 10 |
|---|--------|
| ¿desde cuándo? | 1 |
| ¿cómo es el dolor? | 1 |
| ¿se va algún sitio? | 1 |
| ¿mejora o empeora con algo? | 1 |
| ¿dónde le duele? | 1 |
| ¿fiebre | 1 |
| ¿alguna enfermedad u operación previas? | 0,5 |
| ¿vómitos o diarreas? | 0,5 |
| alergias | 0,5 |
| ¿toma medicamentos? | 0,5 |
| ¿alguna vez lo ha tenido antes? (episodio similar previo) | 0,5 |
| ¿fuma o bebe? | 0,5 |
| cambios en la orina (color o molestia) | 1 |

| Evaluación de competencia en exploración Física | Máx 10 |
|---|--------|
| Palpación abdominal de al menos cuatro cuadrantes | 2 |
| Auscultación respiratoria, al menos un foco Bilateral | 1 |
| percusión superficial del abdomen (mínimo una vez) | 1 |
| Signo de rebote: Descompresión dolorosa (mínimo en una zona: el cuadrante 4 o el 7) | 1 |
| Puñopercusión lumbar: Bilateral | 1 |
| Ingurgitación yugular | 0,5 |
| palpación abdominal profunda en inspiracion+expiración (signo de Murphy) | 2 |

| | |
|--|-----|
| Auscultación cardíaca 4 focos | 1 |
| Auscultar el abdomen (mínimo una aplicación del fonendo) | 0,5 |

| | |
|--|---------------|
| Evaluación competencia en Pruebas Complementarias | Máx 10 |
|--|---------------|

| | |
|---|---|
| GOT+GPT+GGT+Bb (panel hepático completo) | 3 |
| Serología HBV y HCV | 1 |
| Ecografía abd | 3 |
| Hemograma | 1 |
| al menos GOT o GPT o GGT (si no pide panel hepático completo) | 2 |
| Creatinina | 1 |
| Glucemia | 1 |

| | |
|--|---------------|
| Puntuación competencia en Orientación Diagnóstica | Máx 10 |
|--|---------------|

| | |
|-------------------------------|----|
| Dolor en HD con hepatomegalia | 10 |
| Hepatomegalia | 7 |
| Dolor en HD | 5 |

Para evaluar la competencia del médico en **Comunicación**, se escogió el cuestionario **GATHA-audio**, de 23 ítems. La versión del listado evaluativo GATHA puede verse en el anexo 6.

4.4.5. Camuflaje de historias clínicas e infiltración del PE

Se tuvo cuidado de que el médico que consiente ser evaluado por un PE infiltrado no supiera exactamente cuándo ni cuántas veces iba a ser visitado por él ¹⁹¹.

Conseguimos introducir a los pacientes como si fueran pacientes conocidos, es decir, fingiendo que pertenecen al cupo del profesional desde hace tiempo ^{192 193}.

Con la colaboración de los directores de cada Centro de Salud, que no participaban en el estudio, y con la ayuda de un sólo administrativo en cada centro se procedió al camuflaje de historias clínicas. Ambos firmaban un compromiso de confidencialidad.

Se creó una historia clínica electrónica falsa para cada encuentro con cada profesional. Los nombres, apellidos y número de seguridad social eran aleatorios pero no debían coincidir con pacientes reales.

En cada historia se crearon un par de visitas falsas en los meses/años previos, coincidiendo con días en que el médico titular había estado ausente por vacaciones u otros motivos. Estas visitas eran por consultas banales como un resfriado o una vacunación, y constaba en la historia clínica que eran visitados por un médico sustituto.

Nuestra PE, pedía hora telefónicamente con esa falsa identidad para cada médico, esperaba su visita como cualquier paciente ordinario, y durante la consulta grababa la conversación con un micrófono oculto. Al salir de la consulta, completaba un cuestionario sobre la exploración física que el médico había llevado a cabo. Esta hoja se muestra en el Anexo 7.

4.4.6. Fuentes y recogida de datos: listados, audio y documentación clínica

Al final de cada visita se recolectó la siguiente información:

| Variables Evaluadas | Fuentes de datos | quién los proporciona |
|--|---|------------------------------|
| Estándares en exploración física | listado evaluativo | PE |
| Estándares en anamnesis GATHA-audio comunicación Presencia de otro profesional Duración de la entrevista Interrupciones y motivo | audiograbación | PE |
| Datos sobre el médico (edad, sexo, experiencia, antigüedad, tutor, formación) | Encuesta inicial y consentimiento informado | Médico evaluado |
| Petición de pruebas complementarias Tratamiento Orientación diagnóstica | Registros en la historia clínica | Investigador |
| Petición pruebas complementarias Diagnóstico* | Peticiones entregadas al paciente | PE |
| Número total de visitas ese día Duración media de las visitas ese día número de orden visita del PE | Registros administrativos | Administrativo |

*Los médicos podrían haber detectado la hepatomegalia pero pudieron optar por no escribir la impresión diagnóstica hasta la confirmación de la ecografía, así que se revisaron todas las peticiones de pruebas analíticas o radiológicas buscando si el médico había anotado "hepatomegalia" u otra palabra similar.

Todas las notas médicas, cintas de audio y las solicitudes de prueba tuvieron que ser inteligibles para ser incluidas. Las cintas de audio fueron analizados inmediatamente

para detectar errores técnicos (de baja calidad), y también para comprobar la precisión del PE en su papel.

Al finalizar todo el proceso de evaluación, nuevamente con la colaboración de los coordinadores de los Centros de Salud, se procedió al **borrado de datos** de las historias clínicas falsas.

4.4.7. Entrenamiento de los observadores

Las observadoras (2 miembros del equipo de investigación) recibieron entrenamiento para completar el formulario con las variables observadas a partir de los registros y la audiograbación. También se les entrenó para aplicar el cuestionario GATHA a las audiograbaciones de los encuentros clínicos. La validación de los evaluadores en el uso del cuestionario GATHA incluía un test del manual del cuestionario, y visualizar grabaciones utilizadas como patrón oro para confirmar la precisión de su análisis.

Cada documento incluyó identificación de la prueba y del médico evaluado (codificado), los componentes competenciales que van a ser evaluados, las puntuaciones que van a ser otorgadas y los criterios que debe seguir el evaluador. Se utilizó en la mayoría de casos variables dicotómicas, para evitar al máximo los errores.

La propia PE recibió entrenamiento para ser evaluadora de la exploración física y completar un listado evaluativo sobre esta competencia nada más salir de la consulta.

Para aumentar su fiabilidad y reproductibilidad, se repitieron sus ensayos en múltiples ocasiones, con variaciones del contexto o introducción de pequeñas distracciones.

4.5. Control de calidad. Evaluación en ruta.

Durante los seis meses de duración del estudio, se llevaron a cabo cuatro evaluaciones al PEI (aproximadamente una vez cada 15 entrevistas) para evaluar la fiabilidad de su rendimiento y también para comprobar su precisión en el papel y la estandarización de sus intervenciones. Se le hacía visitar a médicos que pertenecían al equipo investigador, y la entrevista era videograbada, incluyendo la exploración física.

En estas sesiones se comparaba su evaluación con la de un evaluador externo (fiabilidad interobservador) y su consistencia de su actuación ante diversas situaciones complicadas o diferentes de las habituales.

La fiabilidad inter-evaluador de nuestra PE evaluando la exploración física fue de $K=0,61-0,63$.

4.6. Cronograma

Nuestra paciente visitó a los 57 participantes en el estudio durante un período de 3 meses, en función de su disponibilidad horaria, y de los horarios y agendas de los médicos participantes.

Cuando visitaba a un médico en un centro de salud en horario de mañana, por ejemplo, debía pedir la siguiente citación en el mismo centro en horario de tardes, para evitar la posibilidad de que el médico evaluado la recordara recientemente en la consulta de otro compañero.

4.7. Variables

4.7.1. Profesionales participantes

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Edad | núm |
| Experiencia profesional en AP | núm años |
| Tiempo en el actual puesto de trabajo | núm años |
| Sexo | M/F |
| Especialidad en Medicina de Familia | sí/no u otras |
| Residencia MIR | sí/no |
| Tutor de residentes | sí/no |

4.7.2. Encuentros clínicos

| | |
|--|--|
| duración de la entrevista | minutos |
| Total de visitas ese día para ese profesional | número |
| Orden de la entrevista sobre el total de visitas | -número de orden -por cuartiles sobre el total de visitas |
| En centro de salud docente | sí/no |
| presencia de otro profesional | sí/no |
| Interrupción durante la entrevista | sí/no |
| motivos de interrupción | -teléfono interno -teléfono móvil del médico -entra otro sanitario -entra otra persona no sanitaria -el médico sale de la consulta |

4.7.3. Estándares en anamnesis, exploración física, orientación diagnóstica y pruebas complementarias

| Competencia | Estándar |
|--|---|
| Anamnesis | 1- ¿Desde cuándo? (duración) |
| | 2- ¿Cómo es el dolor? (características) |
| | 3- ¿Se va a algún sitio? (irradiación) |
| | 4- ¿Mejora o empeora con algo? |
| | 5- ¿Dónde le duele? |
| | 6- Fiebre |
| | 7- Enfermedad o intervención previas |
| | 8- Vómitos o diarreas |
| | 9- Alergias |
| | 10- ¿Toma medicamentos? |
| | 11- ¿Le ha pasado antes? (episodio similar previo) |
| | 12- ¿Fuma o bebe? |
| | 13- ¿Cambios en la orina? (color o molestias) |
| Exploración física | 14- Palpación abdominal de al menos 4 cuadrantes |
| | 15- Palpación abdominal profunda en inspiración+ espiración (Signo de Murphy) |
| | 16- Signo del rebote (descompresión dolorosa) |
| | 17- Percusión abdominal (mín 1) |
| | 18- Auscultación pulmonar bilateral (mínimo 1 foco) |
| | 19- Auscultación cardíaca |
| | 20- Puñopercusión lumbar bilateral |
| | 21- Auscultación abdominal con estetoscopio (al menos 1 foco) |
| | 22- Ingurgitación yugular |
| Exploraciones complementarias | 23- GOT+GPT+GGT+Bilirrubina |
| | 24- GPT+/- Bilirrubina o cualquier combinación que incluya GOT o GGT |
| | 25- Ecografía abdominal |
| | 26- Serología HBV y HCV |
| | 27- Hemograma |
| | 28- creatinina |
| | 29- Glucemia |
| Orientación Diagnóstica (sólo una opción) | 30- Dolor en HD con hepatomegalia |
| | 31- Hepatomegalia |
| | 32- Dolor en hipocondrio derecho |
| | 33- Sin orientación diagnóstica o con diagnóstico erróneo |

4.7.4. Estándares en Comunicación (Cuestionario GATHA):

| Estándares del Cuestionario GATHA-AUDIO | Si / no |
|---|---------|
| Eje 1º.- Actitud/Características del Entrevistador | |
| 1 El profesional saluda al paciente | |
| 2 le llama por su nombre en algún momento | |
| 3 expresa verbalmente conocer sus sentimientos y preocupaciones | |
| 4 expresa no verbalmente conocer sus sentimientos y preocupaciones | |
| 5 le deja hablar sin interrumpirle en ningún momento | |
| 6 se expresa con seguridad | |
| 7 tiene en cuenta su opinión en todo momento | |
| 8 le permite preguntar o aclarar | |
| Eje 2º.- Tareas Comunicacionales | |
| 9 Sobre el motivo de consulta, al final de la entrevista se conoce la cronología | |
| 10 el origen o la causa | |
| 11 cómo afecta a su vida (actividades, familia, trabajo) | |
| 12 las expectativas del paciente respecto a la actuación del profesional | |
| 13 Sobre el propio paciente, el profesional conoce datos sobre su estado de ánimo | |
| 14 acontecimientos vitales estresantes | |
| 15 entorno sociofamiliar | |
| 16 el profesional aborda prevención o riesgos no relacionados con la demanda | |
| 17 informa sobre el diagnóstico, situación, plan de actuación, pautas previstas | |
| 18 invita al paciente a volver si lo cree necesario | |

| | |
|---|--|
| 19 se despide del paciente | |
| Eje 3°.- Habilidades Técnicas Comunicacionales | |
| 20 al apoyar la narración del paciente, hace algún señalamiento | |
| 21 utiliza respuestas evaluativas en la narración | |
| 22 EVITA dar instrucciones sin orientar el problema | |
| 23 EVITA seguridades prematuras | |

4.7.5. Variables de Calidad

Definimos 'anamnesis suficiente' como un encuentro con igual o superior a 5 puntos sobre 10, pero sólo si el "cómo", "cuándo" y "dónde" de malestar abdominal fueron registrados correctamente

Definimos 'examen físico suficiente' como un encuentro con 5 o más puntos sobre 10, pero sólo si el abdomen se examinó. Definimos 'pruebas suficientes solicitados' como un encuentro con al menos un análisis de sangre o una ecografía solicitada.

| Competencia | | estándar |
|--------------------------------|-----------|--|
| Anamnesis | aceptable | ≥ 5 puntos (pero sólo si registra cómo, cuándo y dónde) |
| Exploración física | aceptable | ≥ 5 puntos (pero sólo si palpa al menos 4 cuadrantes del abdomen) |
| Pruebas complementarias | aceptable | Solicita al menos un análisis de sangre (hemograma y bioquímica con perfil hepático) o una ecografía abdominal |
| | óptima | Análisis de sangre + Ecografía abdominal |
| Impresión diagnóstica | aceptable | Dolor abdominal o dolor en hipocondrio derecho |
| | óptima | Hepatomegalia |

Debido a las definiciones anteriores, la calidad general del encuentro se definió como "correcta" si el encuentro obtuvo suficiente en anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias. Definimos un "encuentro en necesidad de mejorar", como el encuentro con las solicitudes de prueba finales adecuados, pero con una historia clínica o exploración física insuficientes. Por último, consideramos "un éxito inesperado" como cualquier encuentro con las solicitudes de prueba finales adecuados pero con inadecuada anamnesis y exploración física, y 'inaceptable' el encuentro con las solicitudes de prueba finales inadecuados.

| Calidad | Anamnesis | Exploración física | Pruebas complementarias |
|----------------|--|---------------------------|--------------------------------|
| Adecuada | ≥ 5 puntos | ≥ 5 puntos | Análisis o Ecografía |
| mejorable | < 5 puntos en anamnesis o exploración física | | Análisis o Ecografía |
| inesperada | < 5 puntos | < 5 puntos | Análisis o Ecografía |
| inaceptable | cualquiera | cualquiera | ninguna |

4.8. Análisis estadístico

Se midieron las características de los médicos participantes y sus habilidades clínicas y se resumieron mediante frecuencias (porcentajes) para las variables cualitativas, con la media y la desviación estándar (DE) para las variables continuas con distribución normal. Los gráficos fueron histogramas o diagramas de caja.

Se compararon estas características utilizando la χ^2 o el test de Fisher para las variables binarias y la prueba T para dos muestras independientes (T de Student) para las variables continuas con distribución normal, el test de Welch para variables de distribución normal con varianzas desiguales, o pruebas no paramétricas (test U de Mann-Whitney) .

Se evaluaron las diferencias entre más de dos grupos mediante el análisis de varianza (ANOVA) para variables continuas. Para medir la asociación entre dos variables cuantitativas se utilizó la regresión lineal univariante, y se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson.

Calculamos el coeficiente kappa (fiabilidad inter-evaluador) de PE cuando evaluaba la exploración física realizada por médicos, comparada con un evaluador externo.

4.9. Control de sesgos

Sesgo de selección. Los participantes eran todos voluntarios. Inevitable en este tipos de estudios. No es ético incluir profesionales que no deseen participar.

Para valorar su impacto se tendrán en cuenta las variables formación, experiencia, docencia de posgrado, que son superiores en nuestra muestra a las de la población a la que pertenece.

Sesgo del observado. Para evitar este sesgo se utilizó el camuflaje de historias clínicas, el entrenamiento de la PEI, y el compromiso de todos los participantes de comunicar al equipo investigador en caso de sospechar o confirmar la detección del PEI por el médico.

Sesgo del observador. El PEI era la misma actriz para todos los médicos participantes, por lo que eliminamos un posible sesgo por las diferencias de aspecto, carácter, personalidad y otras que hubieran tenido diferentes actores. Esta actriz no conocía a los médicos participantes, excepto su nombre y apellidos, ni tenía información sobre los Centros de salud a los que acudía. Tampoco conocía los objetivos del proyecto de investigación, excepto los suyos propios cuando actuaba.

El entrenamiento previo y la evaluación en ruta aseguraron la estandarización de la actriz en todo momento.

Una parte de los registros son obtenidos de la historia clínica del propio profesional, y otras de la audiograbación. La evaluación de estas variables se realizó por miembros del grupo de investigación sobre registros anonimizados (donde no constaba el nombre del médico, sino una referencia) sin conocer los resultados de otros componentes de la evaluación.

Otros sesgos. Para evitar que los diferentes horarios pudieran hacer variar el rendimiento de los médicos o el retraso en ser visitado, las visitas de nuestra PEI se distribuyeron por igual a lo largo de las jornadas de los médicos evaluados. Ajustando los tramos de visitas por cuartiles sobre la jornada total, no se halló diferencia entre cuartiles.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo: profesionales, encuentros y cumplimiento de estándares.

5.1.1. Profesionales participantes

El encuentro con el PE se completó por 57 médicos. La calidad de la audiograbación fue insuficiente para pasar el cuestionario GATHA en 5 entrevistas, por lo que la muestra para análisis de la competencia en comunicación es de 52 encuentros.

Los médicos participantes en nuestro estudio fueron mayoritariamente mujeres, especialistas en MFyC vía MIR y tutores de residentes.

No se encontraron diferencias en la edad o el sexo entre los participantes y la población general de médicos del área metropolitana sur de Barcelona (según datos proporcionados por el ICS).

La tabla 4 describe las características de los participantes.

| | | Medi a | DE^a | Interv alo |
|---|---------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| Edad (años) ^{b,c} | | 40,6 | 6,0 | 27 - 51 |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 13,6 | 5,7 | 3 - 30 |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 9,6 | 5,5 | 1 - 30 |
| | | N | % | |
| Sexo ^c | Mujeres | 38 | 66,7 | |
| | Hombres | 19 | 33,3 | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | 54 | 94,7 | |
| | Otras | 3 | 5,3 | |
| Residencia vía MIR | Sí | 53 | 93,0 | |
| | No | 4 | 7,0 | |
| Tutor de residentes | Sí | 46 | 80,7 | |
| | No | 11 | 19,3 | |

^aDE: Desviación estándar.

^bSe consideró la subclasificación en "médicos senior", con edad igual o superior a 45 años: n=18, 31,6%, edad media 47,1 años y DE=2,1; los "no senior" n=39, 68,4%, edad media 37,6 años y DE=4,6; diferencia de medias de edad significativas (p<0,001).

^cNo se hallaron diferencias de edad ni sexo entre los participantes en el estudio y la población general de médicos de familia del área metropolitana sur de Barcelona.

Tabla 4. Características de los médicos

5.1.2. Encuentros clínicos

Los médicos realizaron un promedio de 34.5 +/- 9.8 visitas y un promedio de 7 minutos (7 +/- 3,4 min) por paciente, medidos ambos para cada médico en el día que visitaron a nuestro PE.

En cambio, las visitas del PE tuvieron una duración media de casi 3 minutos más (9,28 +/-5,5 min).

Las citas de nuestra PE se distribuyeron ampliamente durante la jornada laboral de los médicos (nº orden: 2-31). El médico estuvo acompañado de otro profesional en raras ocasiones.

Casi la mitad de las visitas fueron interrumpidas por diversos motivos (5 de ellas en más de una ocasión), durante un promedio de algo más de 2 minutos.

Ningún médico participante detectó al PE (no se comunicó ni se detectó sospecha en el análisis de las audiograbaciones).

Las características de las entrevistas médicas del estudio se muestran en la tabla 5

| | | Medi a | DE^a | Interv alo |
|--|--------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| Duración entrevista (minutos) | | 10,9 | 4,9 | 3 - 28 |
| Total de visitas día entrevista (n) | | 34,6 | 9,8 | 8 - 52 |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | 14,6 | 6,8 | 2 - 31 |
| | | n | | % |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1º | 10 | | 17,6 |
| | 2º | 30 | | 52,6 |
| | 3º | 15 | | 26,3 |
| | 4º | 2 | | 3,5 |
| En centro de salud docente | Sí | 45 | | 78,9 |
| | No | 12 | | 21,1 |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 | | 7,0 |
| | No | 53 | | 93,0 |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 | | 43,9 |
| | No | 32 | | 56,1 |
| Motivos de la interrupción ^b | Llamada telefónica interna | 12 | | 38,7 |
| | Consulta personal sanitario | 11 | | 35,5 |
| | Llamada telefónica móvil | 4 | | 12,9 |
| | Consulta personal no sanitario | 4 | | 12,9 |
| | | | | |

^aDE: Desviación estándar.

^bEn las 25 entrevistas interrumpidas se contabilizaron un total de 31 motivos de interrupción (en 20 entrevistas se produjo una única interrupción, en 4 dos interrupciones y en 1 tres interrupciones); las 25 entrevistas interrumpidas sumaron un tiempo total de interrupción de 49'54" de duración (media 2'20"; DE= 1'48"; intervalo 11"-8'34").

Tabla 5. Características de las visitas médicas

48 médicos (84% del total) entregaron a nuestra PE la receta que ella les solicitó, de un medicamento recetado por un médico privado. De éstos, el 75% (36 médicos) lo hicieron sin negociar ni ofrecer alguna explicación o justificación.

De los 9 médicos que negaron la receta, más de la mitad (5 médicos) negociaron u ofrecieron una explicación o justificación de por qué no lo hicieron.

Estudiamos la relación entre acceder a la prescripción y utilizar técnicas de negociación, pues parecía mayor el porcentaje de médicos que negociaban o justificaban entre los que no accedían a la receta. Esta relación no fue estadísticamente significativa (Pearson $\chi^2(1) = 0.3809$ Pr = 0.066. Fisher's exact = 0.109)

| | Sí receta | No Receta |
|--|-----------|-----------|
| Directamente, sin negociar o justificar | 36 | 4 |
| negociando o justificando su decisión | 12 | 5 |

```
. tabi 36 4 \ 12 5, chi2 column exact
```

Negociacio y prescripció

| row | col 1 | col 2 | Total |
|-------|--------------|-------------|--------------|
| 1 | 36 75.00 | 4 44.44 | 40 70.18 |
| 2 | 12 25.00 | 5 55.56 | 17 29.82 |
| Total | 48 100.00 | 9 100.00 | 57 100.00 |

```
Pearson chi2(1) = 3.3809 Pr = 0.066
Fisher's exact = 0.109
1-sided Fisher's exact = 0.078
```

5.1.3. Cumplimiento de los estándares competenciales

El porcentaje de cumplimiento para cada estándar individual varía ampliamente entre “¿dónde le duele?” y “palpación abdominal de al menos 4 cuadrantes” que se cumplen en la totalidad de los encuentros (sin necesitar una indicación verbal de la PE), hasta la exploración de la ingurgitación yugular o el diagnóstico de hepatomegalia, que se cumplen únicamente en 4 casos (7%). Al hallar solamente cuatro médicos que registran Hepatomegalia en la historia clínica, revisamos todos los registros, como peticiones de análisis o ecografía, sin hallar anotado hepatomegalia en ningún otro caso.

La tabla 6 muestra el porcentaje de cumplimiento para los estándares relacionados con la anamnesis, exploración física, pruebas complementarias y diagnóstico (para 57 entrevistas).ele

| Competencia | Estándar | n | % |
|--|---|----|------|
| Anamnesis | 1- ¿Desde cuándo? (duración) | 54 | 94,7 |
| | 2- ¿Cómo es el dolor? (características) | 46 | 80,7 |
| | 3- ¿Se va a algún sitio? (irradiación) | 15 | 26,3 |
| | 4- ¿Mejora o empeora con algo? | 37 | 64,9 |
| | 5- ¿Dónde le duele? | 57 | 100 |
| | 6- Fiebre | 29 | 50,9 |
| | 7- Enfermedad o intervención previas | 42 | 73,7 |
| | 8- Vómitos o diarreas | 48 | 84,2 |
| | 9- Alergias | 39 | 68,4 |
| | 10- ¿Toma medicamentos? | 16 | 28,1 |
| | 11- ¿Le ha pasado antes? (episodio similar previo) | 18 | 31,6 |
| | 12- ¿Fuma o bebe? | 27 | 47,4 |
| | 13- ¿Cambios en la orina? (color o molestias) | 31 | 54,4 |
| Exploración física | 14- Palpación abdominal de al menos 4 cuadrantes | 57 | 100 |
| | 15- Palpación abdominal profunda en inspiración+ espiración (Signo de Murphy) | 24 | 42,1 |
| | 16- Signo del rebote (descompresión dolorosa) | 12 | 21,1 |
| | 17- Percusión abdominal (mín 1) | 10 | 17,5 |
| | 18- Auscultación pulmonar bilateral (mínimo 1 foco) | 11 | 19,3 |
| | 19- Auscultación cardíaca | 8 | 14 |
| | 20- Puñopercusión lumbar bilateral | 8 | 14 |
| | 21- Auscultación abdominal con estetoscopio (al menos 1 foco) | 12 | 21,1 |
| | 22- Ingurgitación yugular | 4 | 7 |
| Exploraciones complementarias | 23- GOT+GPT+GGT+Bilirrubina | 27 | 47,4 |
| | 24- GPT+/- Bilirrubina o cualquier combinación que incluya GOT o GGT | 10 | 17,5 |
| | 25- Ecografía abdominal | 30 | 52,6 |
| | 26- Serología HBV y HCV | 50 | 87,7 |
| | 27- Hemograma | 38 | 66,7 |
| | 28- creatinina | 38 | 66,7 |
| Orientación Diagnóstica (sólo una opción) | 29- Glucemia | 38 | 66,7 |
| | 30- Dolor en HD con hepatomegalia | 4 | 7 |
| | 31- Hepatomegalia | 0 | 0 |
| | 32- Dolor en hipocondrio derecho | 46 | 80,7 |
| | 33- Sin orientación diagnóstica o con diagnóstico erróneo | 7 | 12,3 |

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento de estándares (excepto comunicación)

La tabla 7 muestra el grado de cumplimiento de los estándares de **comunicación**, que es muy variable, desde 0% (estándar de empatía o de detección de las expectativas del paciente) hasta 96% (se expresa con seguridad) 94% (establece cronología, o informa correctamente)

Tabla 7 Cumplimiento de estándares de comunicación

| Estándares del Cuestionario GATHA-AUDIO: cumplimiento | n | % |
|---|----------|----------|
| 1 El profesional saluda al paciente | 35 | 67 |
| 2 le llama por su nombre en algún momento | 19 | 39 |
| 3 expresa verbalmente conocer sus sentimientos y preocupaciones | 2 | 3 |
| 4 expresa no verbalmente conocer sus sentimientos y preocupaciones | 0 | 0 |
| 5 le deja hablar sin interrumpirle en ningún momento | 30 | 57 |
| 6 se expresa con seguridad | 50 | 96 |
| 7 tiene en cuenta su opinión en todo momento | 14 | 27 |
| 8 le permite preguntar o aclarar | 33 | 63 |
| | | |
| 9 Sobre el motivo de consulta, al final de la entrevista se conoce la cronología | 49 | 94 |
| 10 el origen o la causa | 8 | 15 |
| 11 cómo afecta a su vida (actividades, familia, trabajo) | 20 | 38 |
| 12 las expectativas del paciente respecto a la actuación del profesional | 0 | 0 |
| 13 Sobre el propio paciente, el profesional conoce datos sobre su estado de ánimo | 3 | 5 |
| 14 acontecimientos vitales estresantes | 1 | 1.9 |
| 15 entorno sociofamiliar | 11 | 21 |
| 16 el profesional aborda prevención o riesgos no relacionados con la demanda | 22 | 42 |
| 17 informa sobre el diagnóstico, situación, plan de actuación, pautas previstas | 49 | 94 |
| 18 invita al paciente a volver si lo cree necesario | 19 | 39 |
| 19 se despide del paciente | 40 | 76 |
| | | |
| 20 al apoyar la narración del paciente, hace algún señalamiento | 3 | 5 |
| 21 utiliza respuestas evaluativas en la narración | 3 | 5 |
| 22 EVITA dar instrucciones sin orientar el problema | 47 | 90 |
| 23 EVITA seguridades prematuras | 48 | 92 |

5.1.4. Puntuación de los médicos para cada componente competencial

La puntuación media en cada componente competencial se ajustó sobre 10 para poder comparar los resultados.

Las mejores puntuaciones se obtuvieron en anamnesis y manejo de exploraciones complementarias, tal como se muestra en la tabla 8.

| | Medi a^a | DE^b | Interval o |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Anamnesis | 6,4 | 1,6 | 2,0 - 9,5 |
| Exploración física | 3,8 | 1,4 | 2,0 - 8,0 |
| Pruebas complementarias | 6,2 | 3,2 | 0 - 10 |
| Orientación diagnóstica | 4,7 | 2,2 | 0 - 10 |
| Comunicación clínica ^c | 4,2 | 1,0 | 2,2 - 7,0 |

^aPuntuación media de todas las competencias ajustadas sobre 10 tal como se describe en el apartado métodos a partir de las 57 entrevistas analizadas, exceptuando ^cla puntuación de las competencias en comunicación clínica que se obtuvo a partir de 52 grabaciones.

^bDE: Desviación estándar.

Tabla 8. Evaluación de componentes competenciales

La distribución de los resultados de cada componente competencial se muestra en un diagrama de cajas en la Figura 7

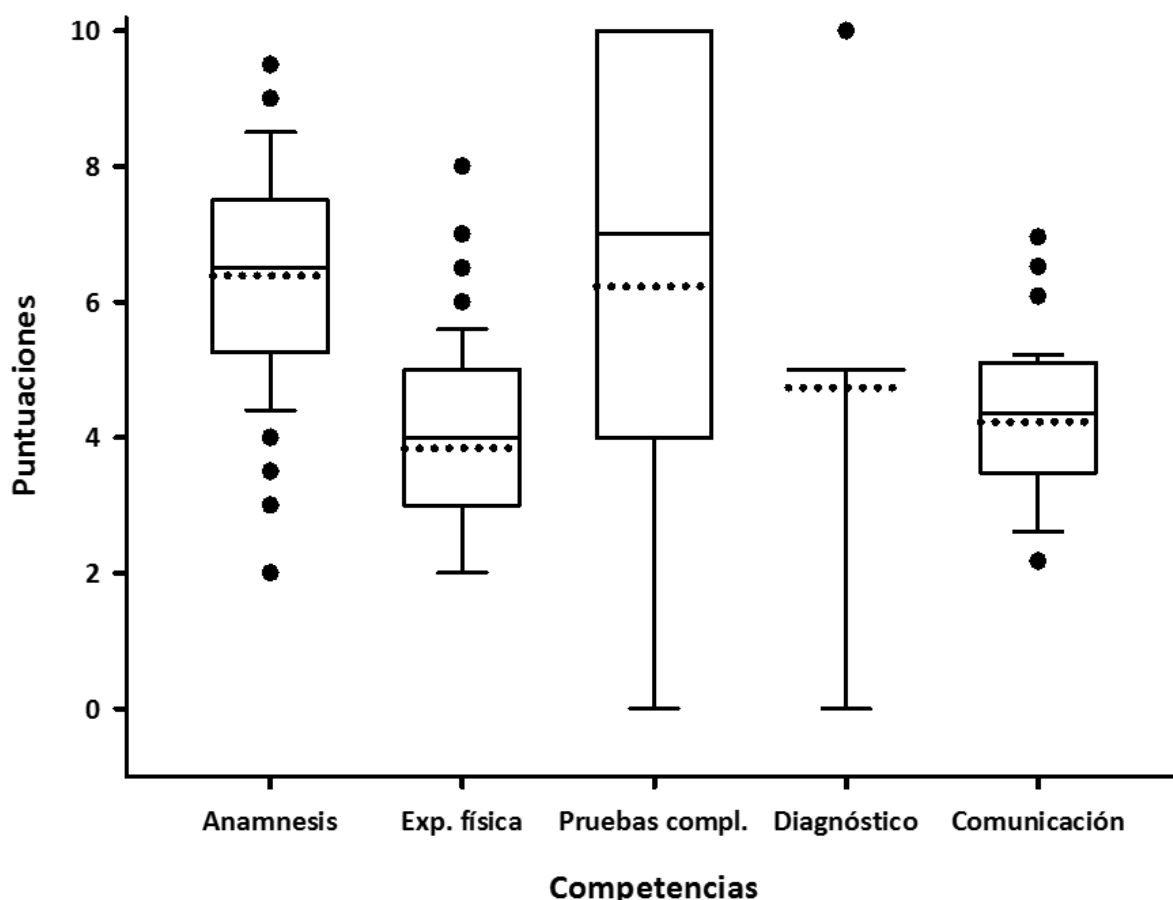


Figura 7 Diagrama de cajas de la evaluación general de las competencias médicas.

Las puntuaciones de todas las competencias derivan del análisis de 57 entrevistas médicas, excepto para el caso de comunicación clínica que se obtuvo tras analizar 52 grabaciones. El eje horizontal representa las diferentes competencias evaluadas: El eje vertical refleja las puntuaciones derivadas de la evaluación de dichas competencias todas ellas ajustada sobre 10.

Cada caja representa la distribución del 50% de los datos con:

- percentil del 75% (parte superior de la caja)
- mediana (línea media entre la caja)
- percentil 25% (parte inferior de la caja)
- sus correspondientes intervalos (extremo superior o inferior representado con un segmento o 'bigote' que sobresale de las cajas) y los datos extremos.
- El valor de la media se representa mediante una línea discontinua.

La competencia comunicación fue evaluada en 3 ejes (según el cuestionario GATHA) que medían las actitudes, las tareas y las habilidades.

Los resultados se muestran en la tabla 9

Tabla 9. Evaluación de las competencias en comunicación ^a

| | Media^b | DE | Intervalo |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------|------------------|
| Actitudes comunicativas | 4,4 | 1,7 | 1,2 – 7,5 |
| Tareas comunicativas | 3,8 | 1,3 | 1,3 – 1,8 |
| Habilidades comunicativas | 4,9 | 1,1 | 2,5 – 7,5 |
| Comunicación clínica en su conjunto | 4,2 | 1,0 | 2,2 – 7,0 |

^aLas puntuaciones de la evaluación de las competencias comunicativas se presentan como media, desviación estándar (DE) e intervalos según datos ajustados todos ellos sobre 10. Tal como se describe en el apartado métodos las puntuaciones se han obtenido mediante el cuestionario GATHA a partir de las 52 grabaciones de las entrevistas.

5.1.5. Categorías de cumplimiento de estándares para cada competencia

Para todos los componentes competenciales, se categorizaron las puntuaciones obtenidas en: **insuficiente** (inferior a 5), **suficiente** (5-7.9) y **excelente** (8-10).

En las siguientes figuras (8 a 12) se muestran los porcentajes de médicos en cada categoría para cada competencia: en el eje horizontal se representan las categorizaciones de competencia médica en función de las puntuaciones obtenidas, con el porcentaje de entrevistas respecto al total, y en el eje vertical el número de entrevistas (N) por cada grupo.

Figura 8 Competencia en Anamnesis: porcentaje de médicos para cada categoría

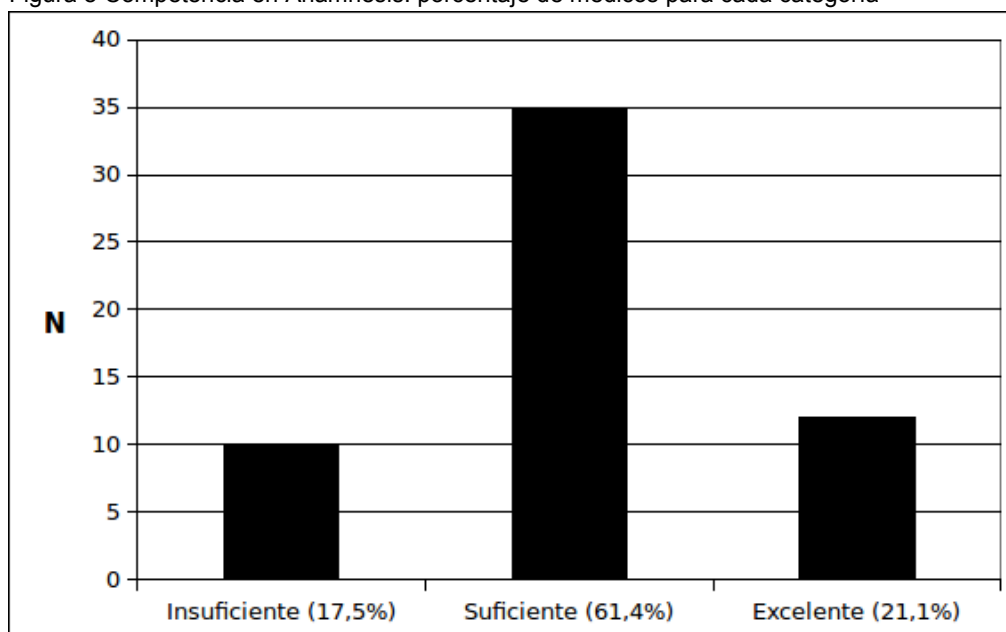


Figura 9 Competencia en exploración física: porcentaje de médicos para cada categoría

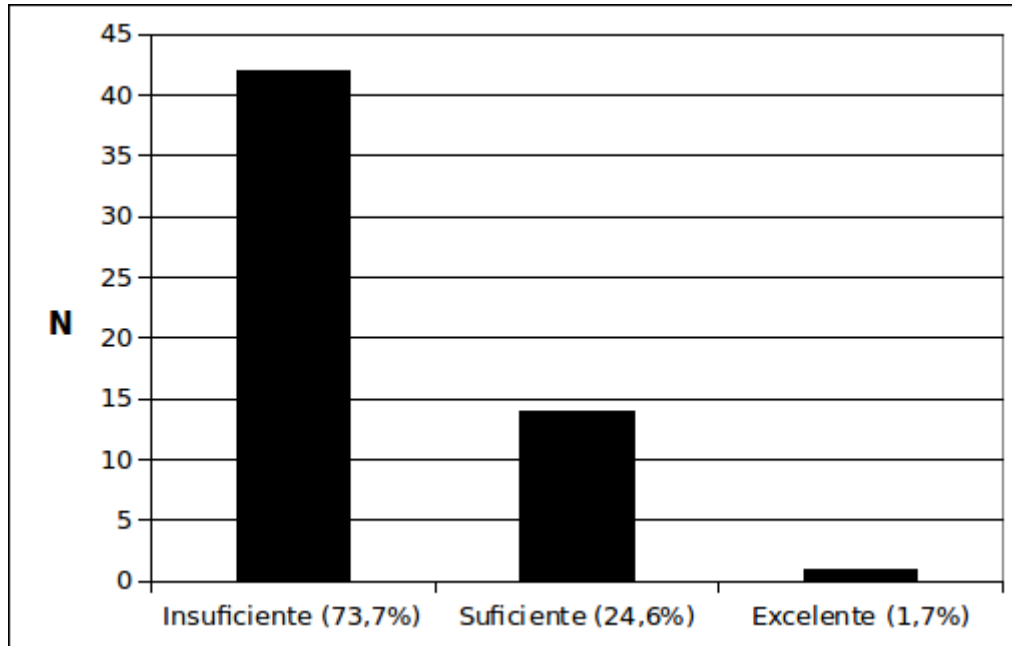


Figura 10 Competencia en pruebas complementarias: porcentaje de médicos para cada categoría

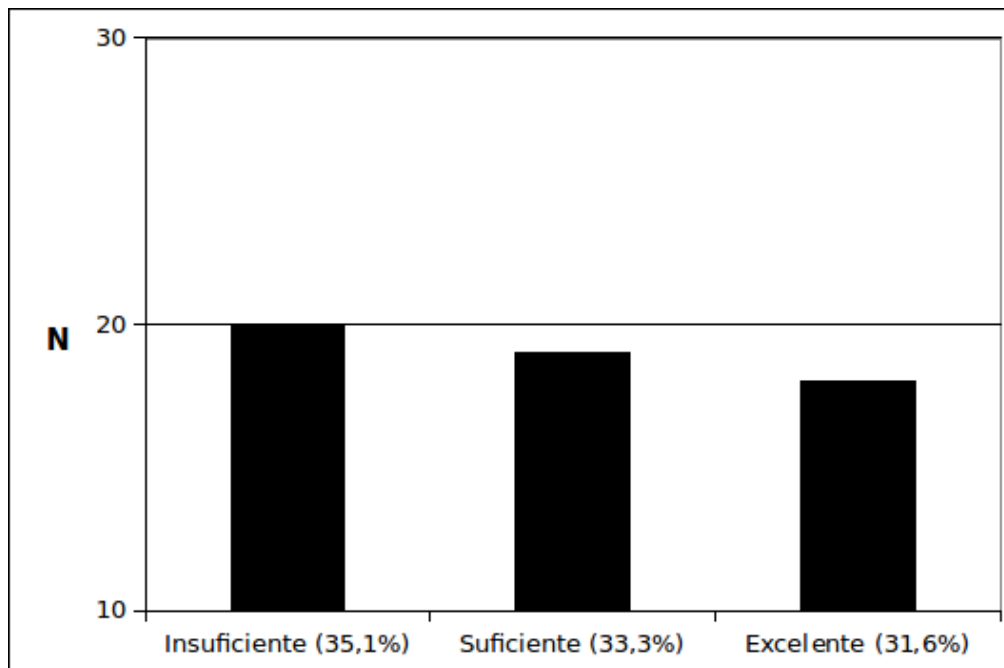


Figura 11 Competencia en orientación diagnóstica: porcentaje de médicos para cada categoría

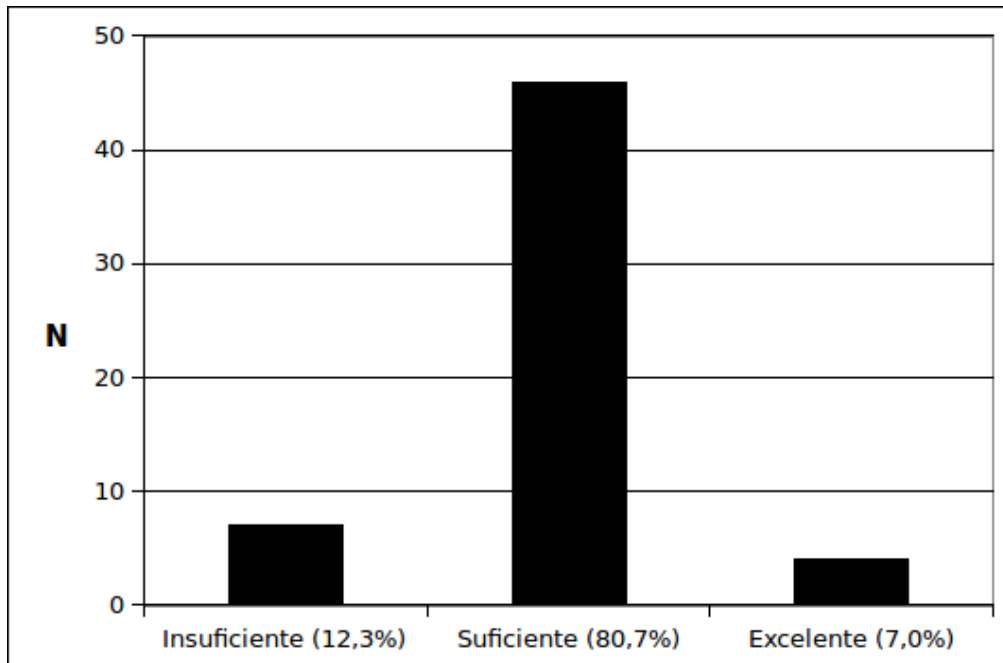


Figura 12 Competencia en comunicación: porcentaje de médicos para cada categoría

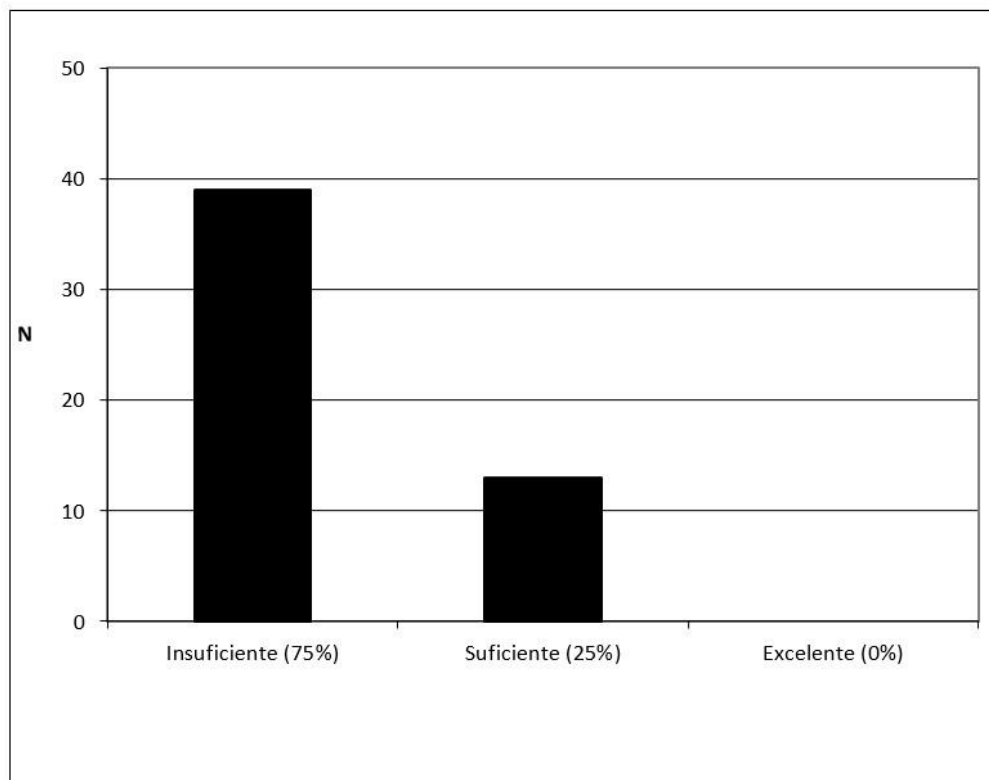
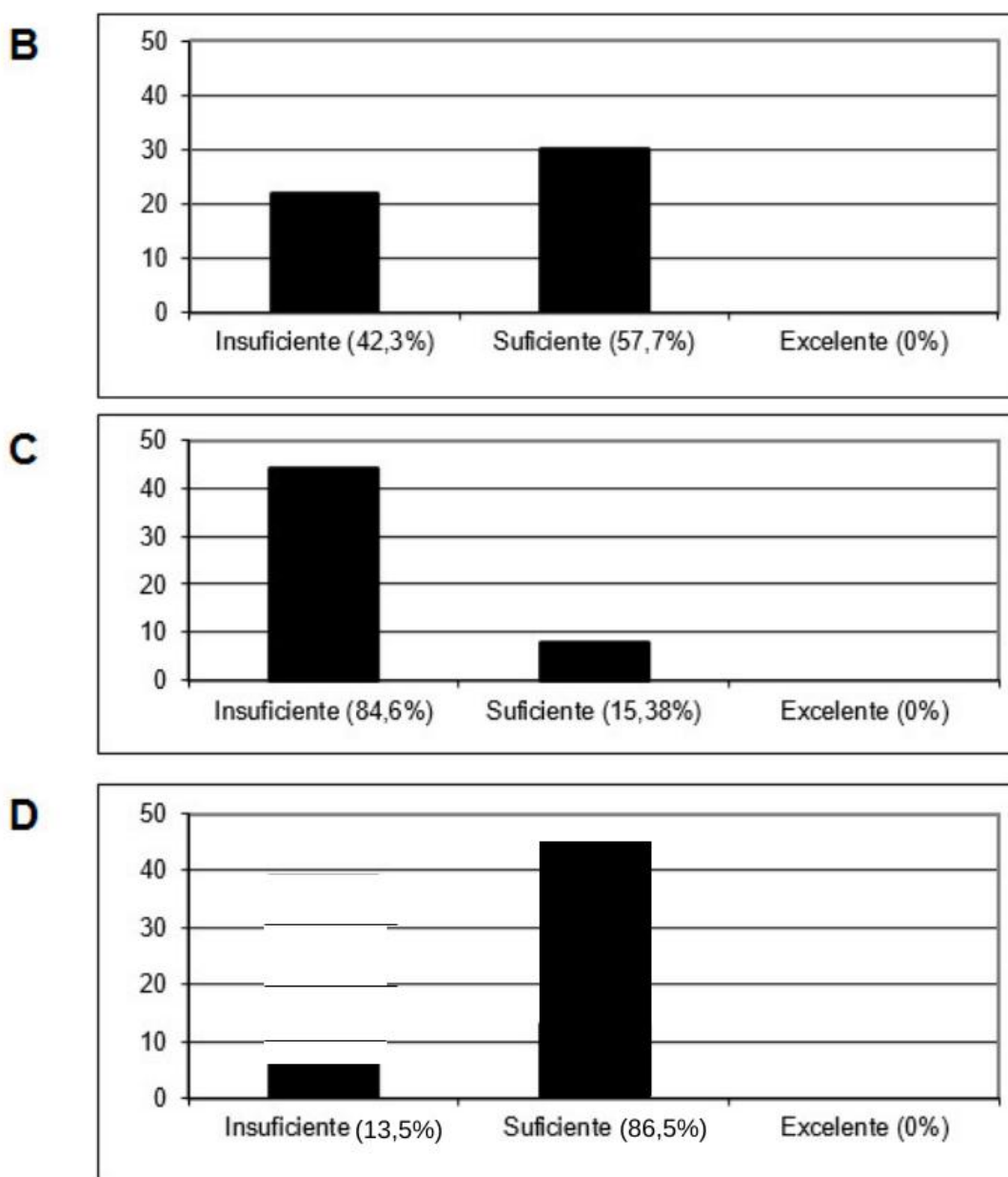


Figura 13 Competencia en los 3 ejes de la comunicación: porcentaje de médicos para cada categoría



En cada recuadro se presentan los resultados para cada eje competencial de comunicación, siendo

B: Competencia en **actitudes de comunicación**;

C: Competencia **tareas de comunicación**;

D: Competencia en **habilidades de comunicación**.

En el eje horizontal se representan las categorizaciones de competencia médica en función de las puntuaciones obtenidas, con el porcentaje de entrevistas respecto al total, y en el eje vertical el número de entrevistas (N) por cada grupo

5.1.6. Estándares de calidad global de la visita médica

Para cada competencia se definió un estándar cuyo cumplimiento establecía una calidad aceptable u óptima.

El porcentaje de cumplimiento para estos estándares de calidad se describe en la tabla X. Destacable que sólo 4 médicos registraron hepatomegalia en la historia clínica del paciente (recordando que todos los participantes hicieron una palpación del abdomen al menos en 4 cuadrantes)

Solamente **2 médicos (3.5%)** cumplen estándares **óptimos** en todas las competencias.

17 médicos (30%) cumplen estándares **aceptables** en todas las competencias.

Tabla 10 Cumplimiento de estándares de calidad.

Estándares de Calidad. Porcentaje de cumplimiento

| Competencia | | estándar | n | % |
|-------------------------|-----------|--|----|------|
| Anamnesis | aceptable | ≥ 5 puntos (pero sólo si registra cómo, cuándo y dónde) | 43 | 75,4 |
| Exploración física | aceptable | ≥ 5 puntos (pero sólo si palpa al menos 4 cuadrantes del abdomen) | 15 | 26,3 |
| Pruebas complementarias | aceptable | Solicita al menos un análisis de sangre (hemograma y bioquímica con perfil hepático) o una ecografía abdominal | 36 | 63,1 |
| | óptima | Análisis de sangre + Ecografía abdominal | 30 | 52,6 |
| Impresión diagnóstica | aceptable | Dolor abdominal o dolor en hipocondrio derecho | 46 | 80,7 |
| | óptima | Hepatomegalia | 4 | 7 |

Investigamos la relación entre detección de hepatomegalia (4 médicos, 7%) y petición de Ecografía (30 médicos, 57%) pero no hallamos asociación estadísticamente significativa

hepatomegalia si/no i demanar ecografia

```
. tabi 3 27 \ 1 26, chi2 column exact
```

| row | col | | Total |
|-------|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | |
| 1 | 3 | 27 | 30 |
| | 75.00 | 50.94 | 52.63 |
| 2 | 1 | 26 | 27 |
| | 25.00 | 49.06 | 47.37 |
| Total | 4 | 53 | 57 |
| | 100.00 | 100.00 | 100.00 |

Pearson chi2(1) = 0.8634 Pr = 0.353

Fisher's exact = 0.613

1-sided Fisher's exact = 0.347

17 médicos, (31,5%) solicitaron tanto los análisis de sangre como la ecografía abdominal. 7 participantes (12%) no solicitaron ninguna prueba.

Las visitas, para los médicos que solicitaron ambas pruebas duraron 12.6 (+/- 3,2) min, en comparación con 8,14(+/- 2,67) minutos para los que no piden ninguna prueba (P = 0,05), una diferencia de casi cuatro minutos.

5.1.7. Calidad del razonamiento clínico

Para cada encuentro clínico, se definió una **variable combinada de Competencia en razonamiento clínico** (sin tener en cuenta el diagnóstico) de forma que se consideró la calidad de las visitas como:

- **Aceptable:** se cumplen los estándares para anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.
- **Inaceptable** si no se solicitaba al paciente prueba complementaria alguna. Dentro de este grupo hallamos 2 profesionales que cumplieron los estándares de calidad para anamnesis y exploración física, pero no completaron la visita con la solicitud de exploraciones
- **Mejorable** si se solicitaba una prueba pero no cumplían el mínimo de calidad en anamnesis o exploración. En este grupo se encontraban casi la mitad de los participantes.
- Llamamos visitas con “**éxito inesperado**” aquellas que no alcanzaron calidad adecuada en exploración física o anamnesis, pero concluyeron con petición de análisis o ecografía. 5 médicos (casi 10%) obtuvieron insuficiente puntuación tanto en la tanto en la anamnesis como en la exploración física, pero solicitaron la ecografía abdominal y / o análisis de sangre

La Competencia en Razonamiento Clínico y el porcentaje de visitas para cada categoría se resumen en la Tabla 11

Tabla 11 Calidad del razonamiento clínico. Porcentaje según categorías.

Calidad general de la visita médica

| Calidad | Anamnesis | Exploración física | Pruebas complementarias | n (%) |
|-------------|--|--------------------|-------------------------|----------|
| Adecuada | ≥ 5 puntos | ≥ 5 puntos | Análisis o Ecografía | 17 (30) |
| mejorable | < 5 puntos en anamnesis o exploración física | | Análisis o Ecografía | 28 (49) |
| inesperada | < 5 puntos | < 5 puntos | Análisis o Ecografía | 5 (8,7) |
| inaceptable | cualquiera | cualquiera | ninguna | 7 (12,2) |

5.2. Análisis bivariable

5.2.1. Correlación entre edad y sexo del médico, y variables del médico y del encuentro clínico

Hallamos que **la edad** del médico se asociaba a ser tutor, trabajar en centros docentes y a entrevistas más largas ($R=0,435$; $p<0,001$), como se aprecia en la [figura 14](#)

Lógicamente los médicos mayores tenían más años de experiencia en atención primaria ($R=0,817$; $p<0,001$) y también en su lugar de trabajo.

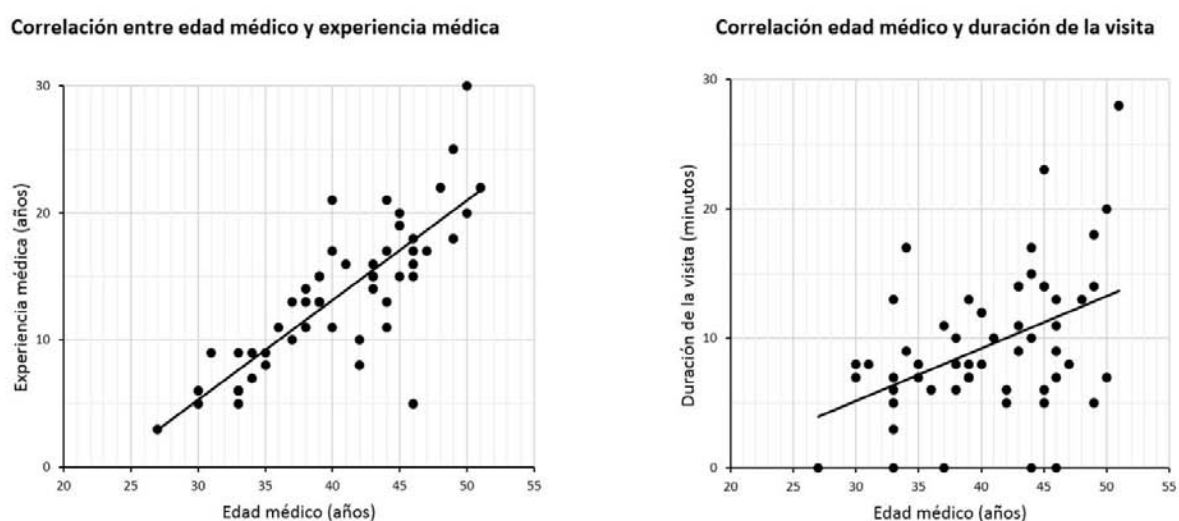


Figura 14. Correlaciones significativas de la edad del médico con experiencia y duración de la entrevista

No hallamos correlación significativa de la edad del médico con otros parámetros, ni tampoco entre el sexo de los profesionales con otras variables del médico y del encuentro.

En las tablas 12, 13, 14 y 15 se muestra el análisis de estas correlaciones.

| Edad médico (años)^a = 40,6 (6,0) [27-50] | | R^b | p^c | |
|--|----|----------------------|---------------------------|--------|
| Duración entrevista (minutos) | | 0,435 | <0,001 | |
| Total de visitas día entrevista (n) | | -0,084 | 0,533 | |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | -0,094 | 0,484 | |
| | | n (%) | X (DE)^d | |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1º | 10 (17,6) | 40,7 (5,9) | 0,898 |
| | 2º | 30 (52,6) | 41,0 (6,4) | |
| | 3º | 15 (26,3) | 39,9 (5,9) | |
| | 4º | 2 (3,5) | 38,5 (0,7) | |
| En centro de salud docente | Sí | 45 (78,9) | 41,9 (5,4) | <0,001 |
| | No | 12 (21,1) | 35,5 (5,7) | |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 (7,0) | 40,0 (3,6) | 0,855 |
| | No | 53 (93,0) | 40,6 (6,2) | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 (49,9) | 42,0 (5,5) | 0,117 |
| | No | 32 (65,1) | 39,5 (6,1) | |

^aEdad de todos los médicos participantes expresada como la media (desviación estándar) [intervalo].
^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.
^cp: Probabilidad.
^dX: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 12 Correlación entre la edad del médico y las principales variables de la entrevista.

| Edad médico (años)^a = 40,6 (6,0) [27-50] | | R^b | p^c | |
|--|---------------------|----------------------|---------------------------|--------|
| Experiencia en atención primaria (años) | | 0,817 | <0,001 | |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 0,765 | <0,001 | |
| | | n (%) | X (DE)^d | |
| Edad ^e | Médicos senior | 18 (31,6) | 47,1 (2,1) | <0,001 |
| | Médicos no senior | 39 (68,4) | 37,6 (4,6) | |
| Sexo | Mujeres | 38 (66,7) | 39,7 (5,7) | 0,113 |
| | Hombres | 19 (33,3) | 42,4 (6,2) | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | 54 (94,7) | 40,5 (5,6) | 0,214 |
| | Otras | 3 (5,3) | 44,7 (5,5) | |
| Residencia vía MJR | Sí | 53 (93,0) | 40,2 (6,0) | 0,219 |
| | No | 4 (7,0) | 44,0 (4,7) | |
| Tutor de residentes | Sí | 46 (80,7) | 41,9 (4,8) | <0,001 |
| | No | 11 (19,3) | 35,2 (6,4) | |

^aEdad de todos los médicos participantes expresada como la media (desviación estándar) [intervalo].
^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.
^cp: Probabilidad.
^dX: Media; DE: Desviación estándar.
^eSe consideraron "médicos senior" aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

Tabla 13. Correlación entre la edad del médico y variables de la entrevista

| | | Mujeres 38 (66,7) ^b | Hombres 19 (33,3) ^b | | |
|---|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------|
| | | X (DE)^a | | p^c | |
| Edad | | 39,7 (5,7) | 42,4 (6,2) | 0,113 | |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 13,3 (5,0) | 14,2 (7,1) | 0,570 | |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 9,5 (4,8) | 9,8 (6,8) | 0,841 | |
| | | Totales n (%) | Mujeres n (%) | Hombres n (%) | p ^c |
| Edad ^d | Médicos senior | 18 (31,6) | 9 (23,7) | 9 (47,7) | 0,131 |
| | Médicos no senior | 39 (68,4) | 29 (76,3) | 10 (52,6) | |
| Especialidad médica | Medicina Familia | 38 (66,7) | 37 (97,4) | 17 (89,5) | 0,255 |
| | Otras | 19 (33,3) | 1 (2,6) | 2 (10,5) | |
| Residencia vía MIR | Sí | 54 (94,7) | 37 (97,4) | 16 (84,2) | 0,108 |
| | No | 3 (5,3) | 1 (2,6) | 3 (15,8) | |
| Tutor de residentes | Sí | 53 (93,0) | 32 (86,6) | 13 (72,2) | 0,473 |
| | No | 4 (7,0) | 6 (13,4) | 5 (27,8) | |

^aX: Media; DE: Desviación estándar.
^bn (%)
^cp: Probabilidad.
^dSe consideraron "médicos senior" aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

Tabla 14 Correlación entre el sexo del profesional y otras variables de los médicos

| | | Mujeres 38 (66,7) ^b | Hombres 19 (33,3) ^b | | |
|--|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------|
| | | X (DE)^a | | p^c | |
| Duración entrevista (minutos) | | 9,2 (4,2) | 9,9 (7,7) | 0,677 | |
| Total de visitas día entrevista (n) | | 33,8 (10,0) | 36,2(9,5) | 0,379 | |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | 14,3 (7,2) | 15,2(5,9) | 0,623 | |
| | | Totales n (%) | Mujeres n (%) | Hombres n (%) | p ^c |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1 ^o | 10 (17,6) | 6 (16,7) | 4 (21,1) | 0,199 |
| | 2 ^o | 30 (52,6) | 21 (58,3) | 7 (36,8) | |
| | 3 ^o | 15 (26,3) | 7 (19,4) | 8 (42,1) | |
| | 4 ^o | 2 (3,5) | 2 (5,6) | 0 (0) | |
| En centro de salud docente | Sí | 45 (78,9) | 31 (81,6) | 14 (73,7) | 0,494 |
| | No | 12 (21,1) | 7 (18,4) | 5 (26,3) | |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 (7,0) | 3 (7,9) | 1 (5,3) | 1,000 |
| | No | 53 (93,0) | 35 (92,1) | 18 (94,7) | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 (49,9) | 17 (44,7) | 8 (42,1) | 0,925 |
| | No | 32 (65,1) | 21 (55,3) | 11 (57,9) | |

^aX: Media; DE: Desviación estándar.
^bn (%)
^cp: Probabilidad.
^dSe consideraron "médicos senior" aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

Tabla 15. Correlación entre el sexo de los médicos y variables del encuentro clínico

5.2.2. Correlación de los componentes competenciales entre ellos

Se analizó la existencia de correlación entre anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, orientación diagnóstica y comunicación clínica global. Los resultados se muestran en las figuras 15 y 16

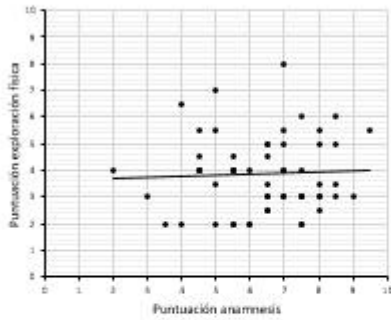
Hallamos asociación estadísticamente significativa entre:

- Anamnesis frente a orientación diagnóstica (p 0.032)
- Anamnesis y comunicación (p 0,002)
- pruebas complementarias frente a orientación diagnóstica (p 0.031)

Figura 15 Correlación entre las competencias médicas-I

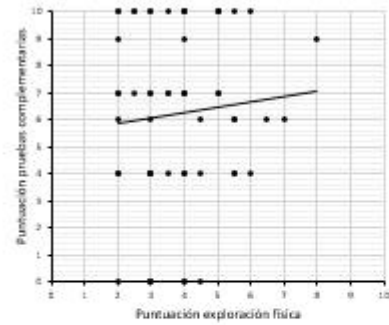
Correlaciones entre las competencias médicas

A. Anamnesis frente exploración física



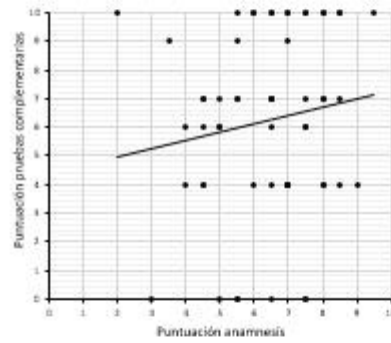
Coef. correlación (R) 0,046
Significación (p) 0,736

D. Exploración física frente pruebas complementarias



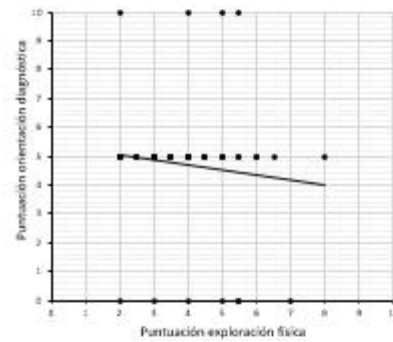
Coef. correlación (R) 0,029
Significación (p) 0,510

B. Anamnesis frente pruebas complementarias



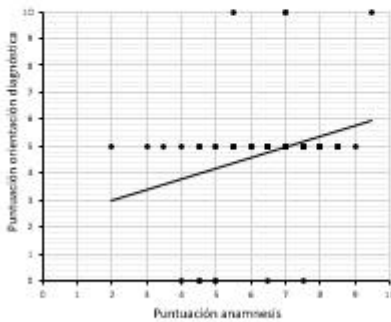
Coef. correlación (R) 0,141
Significación (p) 0,296

E. Exploración física frente orientación diagnóstica



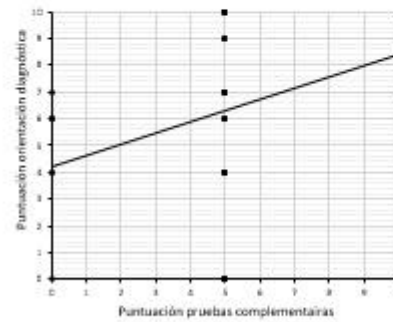
Coef. correlación (R) -0,115
Significación (p) 0,395

C. Anamnesis frente orientación diagnóstica



Coef. correlación (R) 0,284
Significación (p) 0,032

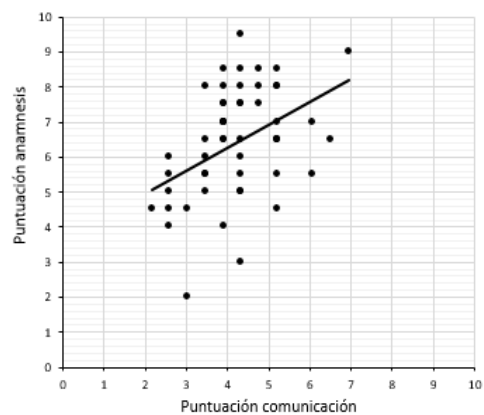
F. Pruebas complementarias frente orientación diagnóstica



Coef. correlación (R) 0,286
Significación (p) 0,031

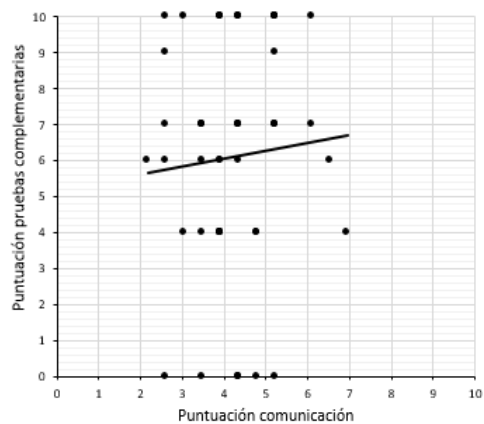
Correlaciones entre comunicación clínica y las otras competencias evaluadas

A. Comunicación clínica frente anamnesis



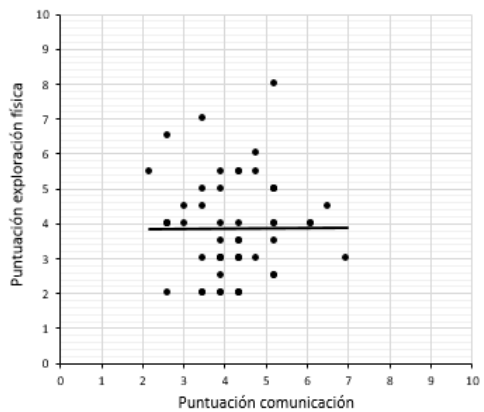
Coef. correlación (R) 0,423
Significación (p) 0,002

C. Comunicación clínica frente pruebas complementarias



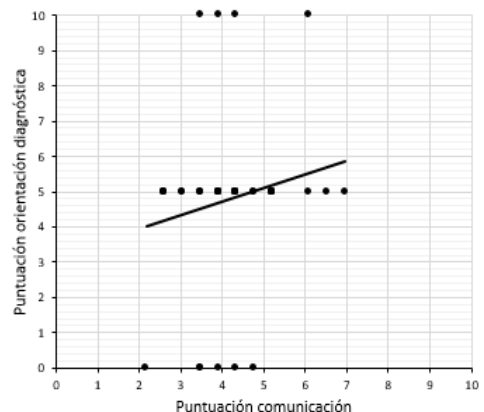
Coef. correlación (R) 0,071
Significación (p) 0,619

B. Comunicación clínica frente exploración física



Coef. correlación (R) 0,009
Significación (p) 0,947

D. Comunicación clínica frente orientación diagnóstica



Coef. correlación (R) 0,178
Significación (p) 0,208

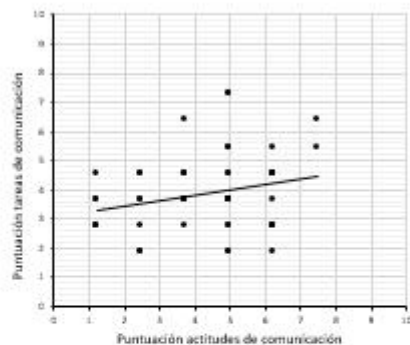
Figura 16. Correlación entre las competencias médicas-II

La comunicación clínica se descompuso en sus tres ejes competenciales (según GATHA: Actitudes, Tareas y Habilidades) y se analizó la correlación entre ellos y con las otras competencias evaluadas. Los resultados se muestran en las figuras 17 y 18.

Figura 17. Correlación entre los tres ejes competenciales en comunicación clínica (Según resultados del cuestionario GATHA y ajustadas sobre 10) a partir de las 52 grabaciones analizadas.

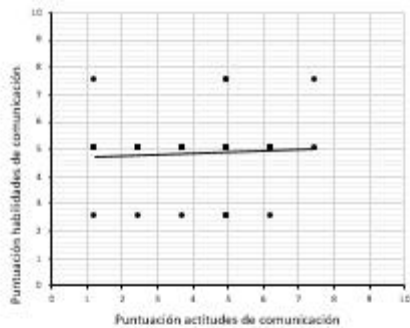
Correlaciones entre competencias de comunicación

A. Actitudes frente tareas de comunicación



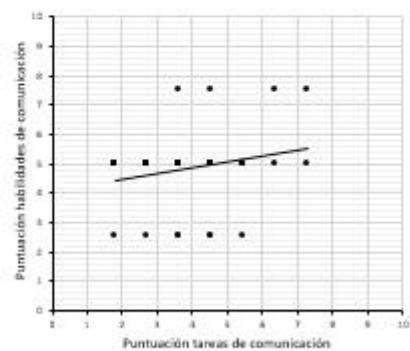
Coef. correlación (R) 0,241
Significación (p) 0,085

B. Actitudes frente habilidades de comunicación



Coef. correlación (R) 0,078
Significación (p) 0,582

C. Tareas frente habilidades de comunicación

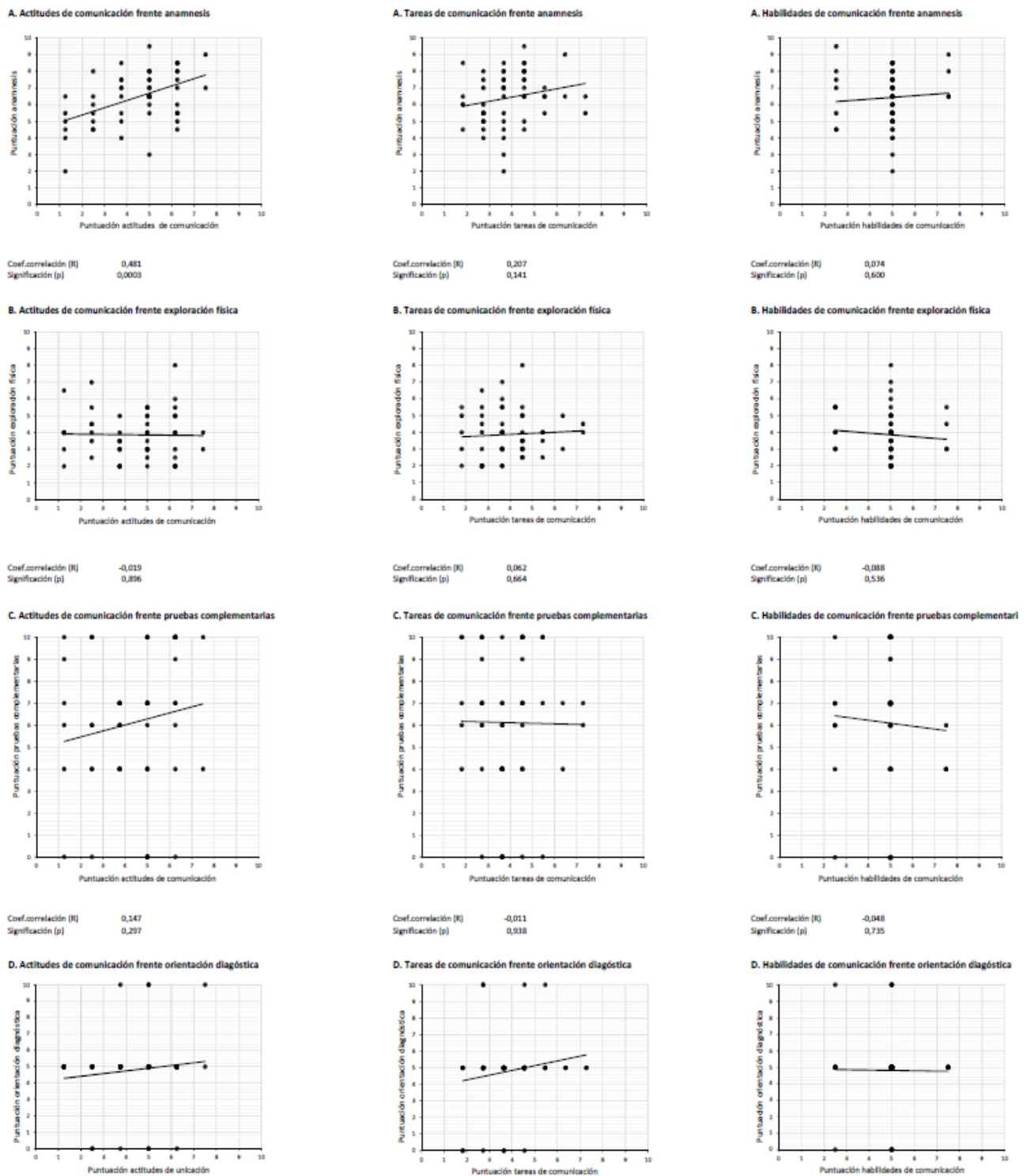


Coef. correlación (R) 0,230
Significación (p) 0,101

El análisis de la varianza (ANOVA) de los 3 ejes en comunicación constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas en su conjunto ($p < 0,001$).

Al analizar por parejas de competencias, la significación estadística se mantuvo al comparar las tareas tanto frente actitudes ($p < 0,05$) como frente a habilidades ($p < 0,05$), pero no se alcanzó significación estadística al comparar actitudes con habilidades.

Figura 18. Correlación entre ejes competenciales en comunicación y el resto de competencias evaluadas



Se halló correlación estadísticamente significativa únicamente entre las Actitudes de comunicación (Eje I del GATHA) y la anamnesis.

5.2.3. Correlación de los componentes competenciales con variables del profesional y del encuentro clínico

Se analizó la correlación de la competencia en anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, orientación diagnóstica y comunicación con las principales variables del profesional, por un lado, y del encuentro médico, por otro. Los resultados de este análisis se muestran en las tablas 16 a 27.

Tabla 16. Evaluación de la competencia en anamnesis en función de las principales variables del médico

| <u>Eval. anamnesis^a = 6,4 (1,6) [2,0-9,5]</u> | | <u>R^b</u> | | <u>p^c</u> |
|--|---------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Edad (años) | | 0,177 | | 0,187 |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 0,197 | | 0,142 |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 0,320 | | 0,015 |
| | | <u>n (%)</u> | <u>X (DE)^d</u> | <u>p^e</u> |
| Edad ^e | Médicos senior | 18 (31,6) | 6,7 (1,7) | 0,284 |
| | Médicos no senior | 39 (68,4) | 6,2 (1,6) | |
| Sexo | <u>Mujeres</u> | 38 (66,7) | 6,5 (1,5) | 0,640 |
| | Hombres | 19 (33,3) | 6,1 (1,9) | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | 54 (94,7) | 6,5 (1,5) | 0,014 |
| | <u>Otras</u> | 3 (5,3) | 4,2 (2,0) | |
| Residencia vía <u>MIR</u> | <u>Sí</u> | 53 (93,0) | 6,6 (1,5) | 0,004 |
| | No | 4 (7,0) | 4,2 (1,7) | |
| Tutor <u>de residentes</u> | <u>Sí</u> | 46 (80,7) | 6,6 (1,5) | 0,059 |
| | No | 11 (19,3) | 5,5 (1,8) | |

^aEvaluación de la anamnesis como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].
^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.
^cp: Probabilidad.
^dX: Media; DE: desviación estándar.
^eSe consideraron "médicos senior" aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

La competencia en **anamnesis** fue mejor en los médicos que llevaban más tiempo en el cupo, especialistas en MFyC, vía MIR y eran tutores de residentes. También en las entrevistas más largas, en centros de salud docentes, en médicos que tenían menos visitas ese día y, curiosamente, en entrevistas que presentaban una interrupción.

Tabla 17. Evaluación de la competencia en **anamnesis** en función de las principales variables de la **entrevista** médica

| Eval. anamnesis^a = 6,4 (1,6) [2,0-9,5] | | R^b | | p^c |
|--|----|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Duración entrevista (minutos) | | 0,472 | | 0,0002 |
| Total de visitas día entrevista (n) | | -0,346 | | 0,0086 |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | -0,101 | | 0,4560 |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1º | 10 (17,6) | 6,1 (1,7) | 0,711 |
| | 2º | 30 (52,6) | 6,4 (1,4) | |
| | 3º | 15 (26,3) | 6,2 (1,9) | |
| | 4º | 2 (3,5) | 7,5 (0) | |
| En centro de salud docente | Sí | 45 (78,9) | 6,7 (1,4) | 0,004 |
| | No | 12 (21,1) | 5,2 (1,7) | |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 (7,0) | 6,9 (2,3) | 0,524 |
| | No | 53 (93,0) | 6,3 (1,6) | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 (49,9) | 6,9 (1,5) | 0,019 |
| | No | 32 (65,1) | 5,9 (1,6) | |

^aEvaluación de la anamnesis como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 18. Evaluación de la competencia en **exploración física** en función de las principales variables del **médico**

| Eval. exploración física^a = 3,8 (1,4) [2,0-8,0] | | R^b | | p^c |
|---|---------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Edad (años) | | 0,422 | | 0,0011 |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 0,412 | | 0,0014 |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 0,556 | | 0,00001 |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Edad ^e | Médicos senior | 18 (31,6) | 4,5 (1,7) | 0,015 |
| | Médicos no senior | 39 (68,4) | 3,5 (1,2) | |
| Sexo | Mujeres | 38 (66,7) | 3,8 (1,3) | 0,921 |
| | Hombres | 19 (33,3) | 3,9 (1,7) | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | 54 (94,7) | 3,8 (1,4) | 0,692 |
| | Otras | 3 (5,3) | 4,2 (0,3) | |
| Residencia vía MIR | Sí | 53 (93,0) | 3,8 (1,4) | 0,607 |
| | No | 4 (7,0) | 4,1 (0,2) | |
| Tutor de residentes | Sí | 46 (80,7) | 4,0 (1,4) | 0,042 |
| | No | 11 (19,3) | 3,1 (0,9) | |

^aEvaluación de la exploración física como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: desviación estándar.

^eSe consideraron “médicos senior” aquellos con una edad igual o superior a 45 años

Las puntuaciones en **exploración física** fueron significativamente mejores en médicos mayores, con más experiencia en AP y más años en el cupo, también en tutores. La exploración fué mejor en entrevistas más largas y en centros de salud docentes.

Tabla 19. Evaluación de la competencia en **exploración física** en función de las principales variables de la **entrevista médica**

| Eval. exploración física^a = 3,8 (1,4) [2,0-8,0] | | R^b | | p^c |
|---|----|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Duración entrevista (minutos) | | 0,283 | | 0,033 |
| Total de visitas día entrevista (n) | | 0,112 | | 0,408 |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | -0,011 | | 0,936 |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1º | 10 (17,6) | 3,7 (1,2) | 0,265 |
| | 2º | 30 (52,6) | 4,2 (1,4) | |
| | 3º | 15 (26,3) | 3,4 (1,4) | |
| | 4º | 2 (3,5) | 3,0 (0) | |
| En centro de salud docente | Sí | 45 (78,9) | 4,1 (1,4) | 0,016 |
| | No | 12 (21,1) | 3,0 (0,9) | |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 (7,0) | 2,9 (0,6) | 0,151 |
| | No | 53 (93,0) | 3,9 (1,4) | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 (49,9) | 4,2 (1,6) | 0,089 |
| | No | 32 (65,1) | 3,6 (1,1) | |

^aEvaluación de la exploración física como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 20. Evaluación de la competencia en **pruebas complementarias** en función de las principales variables del **médico**

| Eval. pruebas compl.^a = 6,2 (3,2) [0-10] | | R^b | | p^c |
|--|---------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Edad (años) | | 0,235 | | 0,079 |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 0,161 | | 0,232 |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 0,201 | | 0,117 |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Edad ^e | Médicos senior | 18 (31,6) | 7,33 (2,6) | 0,078 |
| | Médicos no senior | 39 (68,4) | 5,72 (3,4) | |
| Sexo | Mujeres | 38 (66,7) | 6,2 (3,0) | 0,976 |
| | Hombres | 19 (33,3) | 6,2 (3,4) | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | 54 (94,7) | 6,1 (3,2) | 0,317 |
| | Otras | 3 (5,3) | 8,0 (3,5) | |
| Residencia vía MIR | Sí | 53 (93,0) | 6,1 (3,3) | 0,337 |
| | No | 4 (7,0) | 7,7 (2,9) | |
| Tutor de residentes | Sí | 46 (80,7) | 6,2 (3,1) | 0,984 |
| | No | 11 (19,3) | 6,2 (3,8) | |

^aEvaluación de las pruebas complementarias como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: desviación estándar.

^eSe consideraron “médicos senior” aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

El manejo de las **pruebas complementarias** no mostró correlación estadística con ninguna característica del profesional ni del encuentro médico. En el caso de la edad del médico, la correlación positiva se aproximó a la significación estadística.

Investigamos por separado la petición de Ecografía y de Analítica, y su relación con las demás variables. Tampoco obtuvimos correlación significativa.

Tabla 21. Evaluación de la competencia en **pruebas complementarias** en función de las principales variables de la **entrevista médica**

| Eval. pruebas compl.^a = 6,2 (3,2) [0-10] | | R^b | | p^c |
|--|----|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Duración entrevista (minutos) | | 0,111 | | 0,411 |
| Total de visitas día entrevista (n) | | 0,109 | | 0,418 |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | 0,163 | | 0,226 |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1° | 10 (17,6) | 6,1 (4,4) | 0,358 |
| | 2° | 30 (52,6) | 6,0 (2,7) | |
| | 3° | 15 (26,3) | 7,1 (3,1) | |
| | 4° | 2 (3,5) | 3,0 (4,2) | |
| En centro de salud docente | Sí | 45 (78,9) | 6,6 (3,0) | 0,186 |
| | No | 12 (21,1) | 5,2 (3,8) | |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 (7,0) | 5,7 (3,9) | 0,743 |
| | No | 53 (93,0) | 6,3 (3,2) | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 (49,9) | 6,2 (3,3) | 0,981 |
| | No | 32 (65,1) | 6,2 (3,2) | |

^aEvaluación de las pruebas complementarias como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 22. Evaluación de la competencia en el **diagnóstico** en función de las principales variables del **médico**

| Evaluación diagnóstico^a = 4,7 (2,2) [0-10] | | R^b | p^c | |
|--|---------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Edad (años) | | 0,271 | 0,041 | |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 0,091 | 0,501 | |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 0,123 | 0,363 | |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Edad ^e | Médicos senior | 18 (31,6) | 5,6 (2,4) | 0,710 |
| | Médicos no senior | 39 (68,4) | 4,4 (2,0) | |
| Sexo | Mujeres | 38 (66,7) | 4,4 (2,3) | 0,075 |
| | Hombres | 19 (33,3) | 5,6 (1,6) | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | 54 (94,7) | 4,7 (2,3) | 0,831 |
| | Otras | 3 (5,3) | 5,0 (0) | |
| Residencia vía MIR | Sí | 53 (93,0) | 4,8 (2,2) | 0,863 |
| | No | 4 (7,0) | 5,0 (0) | |
| Tutor de residentes | Sí | 46 (80,7) | 4,8 (2,4) | 0,767 |
| | No | 11 (19,3) | 4,5 (1,5) | |

^aEvaluación de la orientación diagnóstica como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: desviación estándar.

^eSe consideraron “médicos senior” aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

La competencia en **diagnóstico** fué mejor en médicos de mayor edad.

Tabla 23. Evaluación de la competencia en el **diagnóstico** en función de las principales variables de la **entrevista** médica

| Evaluación diagnóstico ^a = 4,7 (2,2) [0-10] | | R ^b | | p ^c |
|--|----|----------------|---------------------|----------------|
| | | | | |
| Duración entrevista (minutos) | | | 0,186 | 0,167 |
| Total de visitas día entrevista (n) | | | -0,034 | 0,801 |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | | 0,101 | 0,454 |
| | | n (%) | X (DE) ^d | p ^c |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1º | 10 (17,6) | 5,0 (2,4) | 0,023 |
| | 2º | 30 (52,6) | 4,1 (1,9) | |
| | 3º | 15 (26,3) | 6,0 (2,1) | |
| | 4º | 2 (3,5) | 2,5 (3,5) | |
| En centro de salud docente | Sí | 45 (78,9) | 4,8 (2,4) | 0,796 |
| | No | 12 (21,1) | 4,6 (1,4) | |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 (7,0) | 3,7 (2,5) | 0,363 |
| | No | 53 (93,0) | 4,8 (2,2) | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 (49,9) | 4,8 (2,3) | 0,850 |
| | No | 32 (65,1) | 4,7 (2,2) | |

^aEvaluación de la orientación diagnóstica como puntuación media (desviación estándar) [intervalo].

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 24. Evaluación de la competencia en **comunicación** clínica en función de las principales variables del **médico**

| Eval. comunicación clínica^a = 4,2 (1,0) [2,2-7,0] | | R^b | p^c | |
|---|---------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Edad (años) | | 0,138 | 0,330 | |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 0,155 | 0,273 | |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 0,263 | 0,059 | |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Edad ^e | Médicos senior | 17 (32,7) | 4,4 (1,0) | 0,289 |
| | Médicos no senior | 35 (67,3) | 4,1 (1,0) | |
| Sexo | Mujeres | 35 (67,3) | 4,3 (1,0) | 0,188 |
| | Hombres | 17 (32,7) | 3,9 (1,2) | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | 48 (92,3) | 4,3 (1,0) | 0,018 |
| | Otras | 4 (7,7) | 2,9 (0,3) | |
| Residencia vía MIR | Sí | 49 (94,2) | 4,4 (1,0) | 0,003 |
| | No | 3 (5,8) | 2,8 (0,2) | |
| Tutor de residentes | Sí | 42 (80,8) | 4,4 (1,1) | 0,034 |
| | No | 10 (19,2) | 3,6 (0,6) | |

^aEvaluación de la comunicación clínica se presenta como puntuación media (desviación estándar) [intervalo] a partir de las puntuaciones totales obtenidas mediante el cuestionario GATHA.

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad.

^dX: Media; DE: desviación estándar.

^eSe consideraron “médicos senior” aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

La **comunicación clínica** arrojó mayores puntuaciones en médicos que llevaban más años en el lugar de trabajo, que eran médicos de familia, vía MIR y tutores de residentes. También en las entrevistas más largas, en centros de salud docentes, en médicos que tenían menos visitas ese día y, curiosamente, en entrevistas que habían sido interrumpidas. El patrón de correlaciones es, pues, idéntico al de anamnesis.

Tabla 25. Evaluación de la competencia en **comunicación** clínica en función de las principales variables de la **entrevista** médica

| Eval. comunicación^a = 4,2 (1,0) [2,2-7,0] | | R^b | | p^c |
|---|----|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Duración entrevista (minutos) | | 0,425 | | 0,002 |
| Total de visitas día entrevista (n) | | -0,264 | | 0,059 |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | -0,147 | | 0,289 |
| | | n (%) | X (DE)^d | p^c |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1° | 10 (19,2) | 4,1 (1,2) | 0,677 |
| | 2° | 26 (50,0) | 4,3 (1,0) | |
| | 3° | 14 (26,9) | 3,9 (1,2) | |
| | 4° | 2 (3,8) | 4,3 (0,6) | |
| En centro de salud docente | Sí | 41 (78,8) | 4,4 (1,1) | 0,027 |
| | No | 11 (21,2) | 3,7 (0,6) | |
| Presencia de otro profesional | Sí | 4 (7,7) | 4,2 (0,7) | 0,750 |
| | No | 48 (92,3) | 4,2 (1,0) | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | 25 (48,1) | 4,6 (0,9) | 0,027 |
| | No | 27 (51,9) | 3,9 (1,0) | |

^aEvaluación de la comunicación clínica como puntuación media (desviación estándar) [intervalo] a partir de las puntuaciones totales (datos en conjunto) obtenidas mediante el cuestionario GATHA.

^bR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^cp: Probabilidad. ^dX: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 26. Evaluación de los **3 ejes de la comunicación** clínica en función de las principales variables del **médico** (datos obtenidos de las 52 grabaciones)

| | | Actitudes | Tareas | Habilidades |
|---|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | R (p)^a | R (p)^a | R (p)^a |
| Edad (años) | | 0,121 (0,391) | 0,107 (0,450) | 0,005 (0,970) |
| Experiencia en atención primaria (años) | | 0,165 (0,242) | 0,093 (0,501) | -0,002 (0,990) |
| Tiempo en el lugar actual de trabajo (años) | | 0,257 (0,065) | 0,179 (0,203) | 0,013 (0,927) |
| | | X (DE)^b | X (DE)^b | X (DE)^b |
| Edad ^c | Médicos senior (17) ^d | 4,8 (1,7) | 3,9 (1,2) | 5,3 (0,9) |
| | Médicos no senior (35) | 4,2 (1,7) | 3,9 (1,4) | 4,6 (1,2) |
| | p ^e | 0,277 | 0,932 | 0,055 |
| Sexo | Mujeres (34) | 4,5 (1,5) | 4,1 (1,4) | 4,8 (1,3) |
| | Hombres (15) | 3,8 (2,1) | 3,6 (1,1) | 5,0 (0,9) |
| | p ^e | 0,208 | 0,239 | 0,554 |
| Especialidad médica | Medicina Familia (48) | 4,5 (1,7) | 3,9 (1,2) | 4,8 (1,1) |
| | Otras (4) | 2,8 (1,5) | 2,7 (0,9) | 5,0 (0) |
| | p ^e | 0,057 | 0,116 | 0,754 |
| Residencia vía MIR | Sí (48) | 4,6 (1,6) | 4,0 (1,3) | 4,9 (1,2) |
| | No (4) | 1,9 (0,7) | 3,0 (0,9) | 4,4 (1,2) |
| | p ^e | 0,005 | 0,145 | 0,397 |
| Tutor de residentes | Sí (40) | 4,7 (1,6) | 3,9 (1,4) | 4,9 (1,2) |
| | No (10) | 2,9 (1,6) | 3,8 (0,7) | 4,5 (1,1) |
| | p ^e | 0,004 | 0,808 | 0,297 |

^aR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^bX: Media; DE: desviación estándar.

^cSe consideraron “médicos senior” aquellos con una edad igual o superior a 45 años.

^dEntre paréntesis el número de datos (n)

^ep: Probabilidad.

Al analizar separadamente los 3 componentes competenciales de la comunicación hallamos que:

- las **actitudes** mejoraban en médicos especialistas en MFyC, vía MIR, tutores, que llevaban más tiempo en el cupo (aunque esta última no alcanzaba significación estadística). También en entrevistas más largas, en centros de salud docentes, en médicos con menos visitas ese día, y en entrevistas que sufrieron una interrupción.
- Las **tareas** comunicacionales puntuaron mejor en entrevistas más largas.
- los médicos de mayor edad mostraron mejores **habilidades** de comunicación (p 0.055)

Tabla 27. Evaluación de los **3 ejes de la comunicación** clínica en función de las principales variables de la **entrevista** médica

| | | Actitudes | Tareas | Habilidades |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | R (p) ^a | R (p) ^a | R (p) ^a |
| Duración entrevista (minutos) | | 0,350 (0,011) | 0,331 (0,016) | 0,087 (0,538) |
| Total de visitas día entrevista (n) | | -0,336 (0,015) | -0,082 (0,561) | -0,082 (0,562) |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | 0,185 (0,190) | -0,013 (0,929) | -0,158 (0,263) |
| | | X (DE) ^b | X (DE) ^b | X (DE) ^b |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1° (9) ^c | 4,2 (2,1) | 3,8 (1,3) | 4,7 (0,8) |
| | 2° (27) | 4,6 (1,5) | 3,9 (1,5) | 5,0 (1,2) |
| | 3° (12) | 3,9 (2,0) | 3,6 (1,1) | 4,8 (1,3) |
| | 4° (2) | 4,4 (0,9) | 4,5 (0) | 3,7 (1,8) |
| | p ^d | 0,682 | 0,821 | 0,519 |
| En centro de salud docente | Sí (40) | 4,7 (1,6) | 4,0 (1,4) | 4,9 (1,2) |
| | No (12) | 3,2 (1,6) | 3,6 (0,9) | 4,6 (1,0) |
| | p ^d | 0,009 | 0,467 | 0,355 |
| Presencia de otro profesional | Sí (3) | 4,6 (0,7) | 3,9 (1,3) | 4,2 (1,4) |
| | No (49) | 4,4 (1,8) | 3,9 (1,0) | 4,9 (1,1) |
| | p ^d | 0,852 | 0,938 | 0,290 |
| Interrupción durante la entrevista | Sí (25) | 5,1 (1,6) | 4,1 (1,3) | 4,7 (1,1) |
| | No (27) | 3,7 (1,7) | 3,7 (1,4) | 5,0 (1,2) |
| | p ^d | 0,002 | 0,316 | 0,353 |

^aR: Coeficiente de correlación de Pearson.

^bX: Media; DE: desviación estándar.

^cEntre paréntesis el número de datos (n) ^dp: Probabilidad.

Las tablas 28 y 29 muestran un resumen de las correlaciones estadísticamente significativas halladas en este análisis

Tabla 28. Resumen de las diferencias estadísticamente significativas de las variables relacionadas con el médico por cada competencia

| Variables continuas | | Anam. | Exp. Física | Exp. Compl. | Diag. | Comunic. Clínica |
|---|---------------------|--------|-------------|-------------|--------|---------------------|
| Edad (años) | | NS | ▲ | Casi ▲ | ▲ | NS nnn ^b |
| Experiencia en atención primaria (años) | | NS | ▲ | NS | NS | NS nnn |
| Tiempo en el cupo (años) | | ▲ | ▲ | NS | NS | Casi ▲ snn |
| Variables discretas | | | | | | |
| Edad-Senior | Sí | NS | ▲ | Casi ▲ | NS | NS nns |
| | No | | | | | |
| Sexo | Mujeres | NS | NS | NS | | NS nnn |
| | Hombres | | | | Casi ▲ | |
| Especialidad médica | Medicina de Familia | ▲ | NS | NS | NS | ▲ snn |
| | Otras (n=3) | | | | | |
| Residencia vía MIR | Sí | ▲ | NS | NS | NS | ▲ snn |
| | No (n=4) | | | | | |
| Tutor de residentes | Sí | Casi ▲ | ▲ | NS | NS | ▲ snn |
| | No | | | | | |

^aLa tabla resume la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables analizadas. Las pruebas estadísticas aplicadas están en función de cada variable considerada y son acordes según se describe en métodos y en las correspondientes tablas de resultados. Se emplea NS cuando no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, el símbolos ▲(si la relación es de incremento) o ▼(decremento) y se incluye un “casi” cuando la relación está muy próxima a alcanzar significación.

^bLas iniciales “s” o “n” detrás de los símbolos en la columna de comunicación clínica, se refieren a sí o no (significación) para las tres competencias respectivamente por este orden: actitudes, tareas y habilidades.

Tabla 29. Resumen de las diferencias estadísticamente significativas de las variables relacionadas con la entrevista por cada competencia ^a

| Variables continuas | | Anam. | Exp. Física | Exp. Compl. | Diag.. | Comunic. Clínica |
|--|----|-------|-------------|-------------|--------|--------------------|
| Duración entrevista (minutos) | | ▲ | ▲ | NS | NS | ▲ ssn ^b |
| Total de visitas día entrevista (n) | | ▲▼ | NS | NS | NS | Casi ▲ snn |
| Orden entrevista sobre total visitas (n) | | NS | NS | NS | NS | NS nnn |
| Variables discretas | | | | | | |
| Orden entrevista por cuartiles sobre total visitas | 1° | NS | NS | NS | | NS nnn |
| | 2° | | | | | |
| | 3° | | | | ▲ | |
| | 4° | | | | | |
| En centro de salud docente | Sí | ▲ | ▲ | NS | NS | ▲ snn |
| | No | | | | | |
| Presencia de otro profesional | Sí | NS | NS | NS | NS | NS nnn |
| | No | | | | | |
| Interrupción durante la entrevista | Sí | ▲! | NS | NS | NS | ▲ snn! |
| | No | | | | | |

^aLa tabla resume la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables analizadas. Las pruebas estadísticas aplicadas están en función de cada variable considerada y son acordes según se describe en métodos y en las correspondientes tablas de resultados. Se emplea NS cuando no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, el símbolos ▲ (si la relación es de incremento) o ▼ (decremento) y se incluye un “casi” cuando la relación está muy próxima a alcanzar significación.

^bLas iniciales “s” o “n” detrás de los símbolos en la columna de comunicación clínica, se refieren a sí o no (significación) para las tres competencias respectivamente por este orden: actitudes, tareas y habilidades.

6. DISCUSION

6.1. La metodología de evaluación de la práctica del médico de familia

Hemos utilizado una metodología de evaluación de la competencia centrada en el 4º escalón de Miller, esto es, la práctica real del Médico de Familia. Hemos integrado las principales herramientas de evaluación que pueden usarse en este nivel: paciente infiltrado, que actúa al mismo tiempo como observador directo, audiograbación y auditoría de registros clínicos.

Esta metodología de evaluación con PEI, audiograbación y completar un checklist justo después de la visita ha sido validada en un estudio previo¹⁸².

Los expertos han recomendado¹³⁰ una combinación de varios instrumentos que puedan utilizarse simultáneamente, de manera integrada, para evaluar en forma amplia y horizontal el constructo multidimensional y multivariado que constituye la competencia.

Revisando la literatura¹⁴⁸ en la evaluación de la práctica de médicos expertos (no estudiantes ni médicos en formación) se encuentran pocos estudios rigurosos, con evidencia débil, y pocas veces se combinan herramientas para poder medir un constructo complejo como el desempeño médico.

Es el primer trabajo de evaluación de competencia real en Atención primaria con PEI en España que evalúa diversas competencias simultáneamente. Los estudios publicados suelen centrarse en una sola competencia: la mayoría en comunicación, pero también profesionalismo, manejo paciente crónico, aplicación de guías de la práctica¹⁷⁸, actividades preventivas¹⁷⁹, derivaciones a segundo nivel¹⁸⁰, exactitud diagnóstica y calidad del registro¹⁸¹.

En algunos estudios internacionales, la tasa de detección del PEI por los profesionales es de 8%¹⁹⁴, 12.8%¹⁵⁸, hasta el 44%¹⁷⁶ o incluso más del 50% si eran médicos que trabajaban en entornos muy controlados¹⁶⁰

En nuestro caso, ningún profesional evaluado detectó a la paciente, lo cual confirma que la selección del paciente, su entrenamiento y el camuflaje de historias clínicas fueron correctos.

En estudios similares, hasta un 6% de los médicos informaron de falsos positivos (pacientes reales que fueron informados como PI). En nuestro caso, 2 médicos (3.5%) contactaron con el equipo investigador para decir que había detectado al PEI, pero no se trataba de nuestra paciente.

En el caso de algún estándar, como la evolución cronológica de los síntomas, el cumplimiento es el mismo (94%) al ser evaluado por investigadores diferentes con instrumentos diferentes: en la anamnesis (con el checklist de expertos) y en la comunicación (con el cuestionario GATHA).

Esto confirma la validez interna de la metodología de evaluación utilizada en este proyecto.

Hemos utilizado un mismo caso y una misma PEI para todos los médicos observados, lo que evita sesgos o variabilidades.

Como limitaciones, nuestra herramienta de evaluación medía el cumplimiento o no de una serie de estándares en diversas competencias. Hubiera sido deseable también evaluar cuánto hacían los médicos de **innecesario** (en anamnesis o exploración física)

También hubiera sido interesante comparar algunas variables del profesional (edad, sexo, experiencia, formación y otras) y del entorno asistencial (número de visitas y su duración, etc) entre los médicos que aceptaron participar y los que declinaron.

Un sistema de evaluación basado en la práctica real es **caro**. En Australia, donde existe un programa para evaluar a los médicos extranjeros (international medical graduates, IMGs), se ha estimado el costo del proceso en algo más de 11.000€ por

cada médico¹⁹⁵. Nuestro trabajo no ha estimado el costo de este sistema de evaluación en caso de aplicarse ampliamente en médicos de Atención Primaria, lo cual hubiera resultado útil para definir la factibilidad de la herramienta.

6.1.1. Sistemas complejos de evaluación de la competencia y su impacto en la práctica real

El instrumento de evaluación que hemos implementado supone una fuente de retroinformación para el médico evaluado de cara a mejorar su competencia en la práctica real, y por lo tanto los resultados en salud de la población atendida.

La aplicación de herramientas de evaluación basada en la práctica real (Workplace-based assessment o WPBA) supone un paso adelante a la hora de establecer la competencia del profesional, especialmente en entornos de aprendizaje, por lo que se ha aplicado gradualmente en formación postgrado en muchos países europeos¹⁹⁶.

Más de 50 instrumentos han sido desarrollados para evaluar áreas específicas de la práctica clínica, incluyendo las habilidades técnicas y clínicas, razonamiento clínico y varias habilidades conductuales, y hay una considerable investigación acerca de las propiedades psicométricas de los instrumentos individuales, para determinar si estas herramientas son válidas y fiables para evaluar el desempeño¹⁹⁷.

En todo el mundo, diversas herramientas (mini-CEX, Observación directa o videograbación, discusión de casos, informes de compañeros, superiores, o pacientes) combinadas, o reunidas en un portfolio se han incorporado a los programas formativos de la especialidad de Medicina Familiar, o a los paneles de acreditación y/o reacreditación de médicos de Familia:

- "Australian Medical Council » Accreditation & Recognition." 2014.
<<http://www.amc.org.au/accreditation>>
- "Board of Examiners - The College of Family Physicians ..." 2010.
<<http://www.cfpc.ca/BoardExaminersWhatsNew/>>
- MRCGP Workplace Based Assessment (WPBA). "2014.
<<http://www.rcgp.org.uk/training-exams/mrcgp-workplace-based-assessment-wpba.aspx>>.

Un grupo de expertos (entre ellos un profesor de la universidad de Alcalá, en Madrid) proponen un modelo de evaluación de la práctica¹⁹⁸ (Cambridge Model) que se centra sólo en los dos últimos escalones de la pirámide de Miller, aceptando que la actuación médica es una consecuencia de su competencia, influenciada por factores individuales (salud, relaciones) y del entorno (equipo, facilidades, entrenamiento). Proponen un

modelo con 3 pasos: el primer componente debe ser un test de cribado que identifique doctores “en riesgo”. Los que pasen este test inicial, deberían iniciar un segundo proceso de mejora continua de la calidad para mejorar la práctica asistencial. Los que sean considerados “de riesgo” deberían someterse a un proceso de evaluación más detallado de sus peores actuaciones, para mejorarlas, o ser apartados de la práctica. En cuanto al impacto formativo de la evaluación de la práctica real, con la consecuente mejora en la competencia de los profesionales, 3 revisiones sistemáticas (incluyeron 6 métodos diferentes de evaluación de desempeño: los pacientes simulados; video observación; observación directa; evaluación por pares; auditoría de registros médicos, y portfolio evaluativo) no pudieron hallar evidencias de que la evaluación de la práctica real con mini-CEX, Observación directa/videograbación o discusión de casos condujeran a mejoras en el desempeño de los médicos evaluados^{199 200 147}. Algunos indicios, en cambio, indican que la evaluación multifuente (360°) sí podría tener un impacto en la mejora del desempeño de los profesionales, especialmente si el feedback es negativo²⁰¹.

6.2. Muestra de médicos participantes

Un sesgo inevitable y absolutamente necesario es el de la participación voluntaria de los médicos participantes, pues se les pide consentimiento para recibir a un paciente desconocido en un día desconocido en los próximos meses. En nuestro caso, el 65% de los médicos a los que se propuso ser evaluados aceptaron participar, porcentaje similar al de otros estudios¹⁵⁸. Este grupo de médicos, son más favorables a ser evaluados, y presentan más interés en participar en un proyecto de investigación. Esto podría reflejar una muestra cualitativamente mejor que los que se negaron a participar.

Finalmente, sólo el 38% (61 médicos) de la muestra inicial superaron los criterios de inclusión y fueron evaluados. Puede parecer una muestra pequeña, pero es superior a la de la gran mayoría de los proyectos similares realizados en Atención Primaria.

Sólo hallamos 3 estudios internacionales con muestras mayores que el nuestro realizados con PEI en AP: uno con 194 médicos que recibieron a un PEI para ser evaluados y luego instruidos en consejo sobre prevención de ETS²⁰², otro proyecto que evaluó 96 médicos en comunicación por pacientes reales e infiltrados^{203 204}, y un tercero con 144 médicos de staff y residentes para evaluación global de la práctica clínica real¹⁸².

La mayoría de centros de salud que aceptaron participar en nuestro proyecto eran centros docentes, probablemente por estar más habituados a participar en proyectos de investigación. Por este motivo, en nuestro estudio, los tutores son mayoría. En este sentido, nuestra muestra es diferente de la población de médicos de Atención Primaria del área donde fue obtenida (Área Metropolitana Sud del ICS).

En otras variables, como edad y sexo, la muestra de médicos participantes no difería respecto a la población de referencia.

6.3. Encuentros clínicos y entorno asistencial

De media, los médicos estudiados realizaron un número de visitas elevado (34.5 +/- 9.8) de corta duración (7 +/- 3,4 min). Es decir, evaluamos la competencia en **entornos de alta presión asistencial y escaso tiempo de visita**. Este contexto (mayoritario en AP en España) puede calificarse de duro, especialmente si lo comparamos con otros países de Europa³⁴, y aún más con EEUU²⁶.

En este entorno, el profesional requiere más pericia para priorizar habilidades y desarrollarlas en menos tiempo. Necesitamos saber si la Exploración Física es útil en un contexto de escasez de tiempo: la sensibilidad de las técnicas utilizadas en anamnesis o en EF es la que mayormente define la utilidad de cada una de ellas.

¿Los resultados de nuestro trabajo son extrapolables a entornos con menor presión y más tiempo? No lo sabemos. Tal vez en otros países, o en consultas externas de un hospital, con más tiempo, menor presión, más prevalencia de hepatomegalia, los resultados de la evaluación probablemente serían diferentes.

Las visitas del PE tuvieron una **duración** media de casi 3 minutos más que el promedio de las visitas de esa jornada para cada médico. Esto es congruente con el hecho de que nuestra PEI presentaba un motivo de consulta con algún grado de complejidad: nos demuestra la capacidad del MF para dedicar más tiempo a los casos que lo requirieron, restándolo de las visitas menos complejas o administrativas, por ejemplo.

Las citas de nuestra PE se **distribuyeron** ampliamente **durante la jornada** laboral de los médicos (nº orden: 2-31). Si todas las visitas se hubieran agrupado en alguna franja horaria, podría existir un sesgo del cansancio/no del profesional o de retrasos en las visitas respecto a la hora agendada, mucho más frecuentes en Atención Primaria en la última franja horaria de la jornada.

En consonancia con el duro entorno asistencial que se menciona anteriormente, hallamos un elevado porcentaje (43.9%) de entrevistas que se sufrieron una o más **interrupciones**, bastante superior al hallado en entornos similares en España: 5-12%^{205 29 206}. Tal vez la diferencia estribe en que los médicos participantes en nuestro estudio no eran conscientes de que eran evaluados en aquel momento, mientras en los otros estudios, los médicos tenían a un observador dentro de la consulta, con un cronómetro.

Algún autor²⁰⁷ ha hallado diferencias en las interrupciones en consultas de MF según horario de mañana o tarde en el mismo CS, atribuyéndolo a una diferente tolerancia del profesional a la interrupción según el entorno organizativo y la presión asistencial.

Las llamadas telefónicas causaron el 64% de las interrupciones, de nuevo un porcentaje muy superior al de otros trabajos publicados en nuestro entorno: 19-24%²⁹^{206 207}.

En trabajos internacionales, las llamadas son aproximadamente la mitad de las interrupciones^{208 209 210}.

Curiosamente, la presencia de interrupciones no mostró relación con una peor competencia del médico de familia, sino a la inversa: los médicos cuyas consultas sufrieron interrupciones puntuaron significativamente mejor en anamnesis, y en el eje actitudes de la competencia comunicación.

Una posible explicación a esta aparente paradoja sería que el profesional trata de “compensar” la interrupción con un mayor esfuerzo en la comunicación, y por lo tanto en la anamnesis. También es posible que los médicos con mejores actitudes en comunicación sean también los médicos que toleran mejor las interrupciones, lo que las propiciaría en los profesionales de su entorno.

6.4. Cumplimiento de estándares competenciales

El porcentaje de cumplimiento para cada estándar individual varía ampliamente, aunque globalmente es bajo: la mitad de los estándares se cumplió por menos de un 50% de los médicos evaluados.

Esta **variabilidad** en un contexto de bajo cumplimiento y escasez de tiempo para la visita refleja la priorización de los profesionales sobre qué es más útil y más eficiente.

Otro factor importante que limita el cumplimiento de estándares es el **condicionamiento cruzado** entre ellos: por ejemplo en la exploración física, si no se detecta hepatomegalia, no se cumplirán otros estándares como ingurgitación yugular, petición de ecografía, etc.

Se ha demostrado que los médicos más expertos utilizan “atajos” en el razonamiento clínico, de forma que aplicando menos habilidades de anamnesis y/o exploración física pueden llegar al mismo diagnóstico²¹¹. Por ejemplo, PEI evaluando residentes con un checklist de anamnesis, exploración física, diagnóstico y satisfacción del paciente. Los residentes de 3r año puntuaron significativamente peor que los de segundo año, pese a que la satisfacción de los pacientes y la precisión diagnóstica se mantuvieron²¹². Es decir, un mayor cumplimiento de estándares en habilidades clínicas no supone un mejor diagnóstico ni una mayor satisfacción del paciente.

El **modelo de definición de estándares** también puede influir en su bajo cumplimiento. La definición de competencias y sus estándares en nuestro trabajo y en trabajos similares de evaluación de competencias no se ajusta a un modelo de medicina basada en la evidencia. Además, los indicadores de competencia para un determinado motivo de consulta no están estandarizados a nivel internacional.

Nuestros estándares se decidieron inicialmente por **consenso de expertos**, pero la parrilla de indicadores resultante de este consenso se modificó posteriormente en base a recomendaciones internacionales¹⁸³ y de una revisión de la escasa evidencia disponible¹⁸⁷, tal como se describe en el apartado material y métodos.

Por último, el **nivel de corte**, o competencia aceptable, también se decide por expertos, sin que exista evidencia sobre cuál es el nivel de cumplimiento de

estándares que asegura un correcto manejo de un problema concreto de salud del paciente. No hallamos datos para saber si un mejor cumplimiento de estos estándares de expertos tiene una correlación con mejores resultados finales en salud.

Cuando pretendemos comparar los resultados de nuestro estudio con otros realizados con PEI en consultas de AP, hallamos que los proyectos publicados no individualizan los resultados por estándares o por componentes competenciales, sino que muestran el grado global de cumplimiento de estándares (individuales o globalmente) o el porcentaje de médicos que superan un determinado nivel de corte, acordado por expertos. Así encontramos que los médicos evaluados cumplieron los estándares propuestos en un porcentaje de cumplimiento muy variable en función del caso evaluado: un 20% en prevención de ETS¹⁹⁵, 50% en comunicación y profesionalismo²⁰⁶, calidad global de la visita 76%¹³⁸.

Además, una buena parte de estos estudios en 4º escalón de Miller están diseñados para validar la herramienta, por lo que no publican los datos de cumplimiento de estándares de los médicos evaluados, sino la concordancia, fiabilidad y otras características psicométricas de la evaluación¹⁸².

En estudios publicados sobre ECOEs, sí se describe el porcentaje de cumplimiento de estándares para cada competencia, por este motivo en la discusión se encuentran referenciados con más frecuencia para comparar resultados.

Esta tesis muestra el grado de cumplimiento de estándares agrupados por componente competencial, dado que así se consigue una información más valiosa para el profesional de cara a detectar áreas de mejora en su práctica asistencial.

6.5. Habilidades de anamnesis

En nuestro estudio, las habilidades de anamnesis son las que muestran mejor puntuación entre los médicos evaluados: 84,24% puntuó anamnesis suficiente.

En un estudio en EEUU, los médicos de AP evaluados con PE para las habilidades de anamnesis, preguntaron solamente el 59% de los ítems esenciales para una HC²¹³.

En ECOEs diversas, la anamnesis suele estar entre las habilidades con mejor puntuación^{133 115 132}.

La competencia en anamnesis mostró una correlación significativa con la competencia en comunicación y en diagnóstico.

En un estudio de evaluación de competencias en la universidad, los estudiantes que puntuaron mejor en anamnesis, tuvieron más posibilidades de llegar al diagnóstico correcto⁵⁰.

Los médicos con mejores puntuaciones en Anamnesis llevaban más años en el cupo, eran MF, via MIR, trabajaban en centros docentes y hacían entrevistas más largas con más interrupciones. En los estudios contrastados, no se ha investigado la relación de la competencia en anamnesis con variables del médico o del encuentro clínico.

6.6. Habilidades de exploración física

La competencia en EF fue la que puntuó más bajo en la muestra de médicos evaluados. Sólo el 26% cumplió estándares para una competencia “aceptable”.

En estudios publicados con PEI, que incluyen competencia en exploración física no se detalla aisladamente, por lo que no podemos compararla.

Si se compara con puntuaciones en ECOEs, la EF puntúa generalmente como la más baja o entre las más bajas^{136 116}, aunque el porcentaje de cumplimiento de estándares es siempre superior cuando evaluamos en el 3r escalón de Miller.

Las puntuaciones más altas en EF se correlacionaron con la edad y la experiencia del médico, con la actividad docente del médico y del centro y con la mayor duración de la entrevista.

No hallamos correlación de la competencia en EF con otras competencias. No parece haber impacto de la competencia en EF sobre el manejo clínico posterior. Un estudio evidencia que, aunque la anamnesis y la EF inicial fue errónea o incompletamente registrada en el 70% de los pacientes, la orientación diagnóstico-terapéutica se confirmó posteriormente por médicos expertos en el 83% de los casos ²¹⁴.

6.6.1. Capacidad de los médicos de detectar hepatomegalia

Sólo 4 médicos (7%) detectaron o registraron hepatomegalia.

En un estudio de detección de Hepatomegalia (hígado graso) en niños obesos examinados por MF y pediatras²¹⁵, sólo se detecta la HM en 1,4% de los encuentros, (0.5% si separamos a los MF)

Aunque algunos autores⁸⁴ afirman que la presencia o ausencia de hígado palpable (HM) puede ser detectada con moderada precisión mediante la exploración física, no hallamos ningún estudio en AP que lo corrobore, e incluso el grado de acuerdo entre digestólogos sobre si un hígado está agrandado o no es muy pobre⁸².

Los 4 participantes que diagnosticaron hepatomegalia no difirieron significativamente del resto en sus puntuaciones de anamnesis y exploración física.

¿Cómo se explica la baja detección de la hepatomegalia en nuestra PEI?

El contexto del caso (dolor inespecífico en HD en paciente sin sospecha ni estigmas de hepatopatía) puede afectar al rendimiento de la EF.

Se ha demostrado la influencia de la anamnesis previa y del contexto en el rendimiento de la exploración física: sólo el 74% de internistas fueron precisos en el diagnóstico x auscultación de una patología valvular si no disponían de otros datos en la historia clínica, frente al 90% que diagnosticaron correctamente si disponían de datos previos²¹⁶.

Otro factor a tener en cuenta es la reacción del médico ante hallazgos insospechados en la EF, como en este caso. Cuando los hallazgos en la exploración física no son congruentes, el profesional tiene dos tendencias: rechazar su hipótesis diagnóstica inicial (aunque fuera cierta) o desestimar los hallazgos de la exploración.

En un estudio, médicos residentes evaluados mostraron una disminución sustancial de la precisión diagnóstica cuando se enfrentaron a hallazgos físicos discordantes con su hipótesis inicial²¹⁶.

6.7. Pruebas complementarias y diagnóstico

Exploraciones Complementarias

La mayoría de los participantes (63%) solicitó un análisis de sangre adecuado al caso y/o una ecografía abdominal, por lo que puntuó como aceptable en PC.

La mejor petición de PC se asoció a una mejor competencia en Diagnóstico.

Sí destaca que los médicos que obtuvieron mejores resultados en pedir pruebas diagnósticas gastaron un promedio de cuatro minutos más con la PEI. Esto no es atribuible a la propia petición de PC, pues no se tarda 4 minutos en imprimir los formularios, sino tal vez a una deliberación o razonamiento clínico más largo por parte del profesional, junto a una mayor dedicación de tiempo a la anamnesis.

Impresión diagnóstica

Se consideró “aceptable” el diagnóstico de Dolor abdominal y/o dolor en HD y/o Hepatomagia, lo que acaeció en el 80.7% de los casos

La precisión diagnóstica respecto a otras variables del médico o del encuentro, se asoció únicamente a la edad del profesional.

Esto confirma la opinión de expertos²¹⁰ de que los médicos “senior” tienen una mejor precisión diagnóstica, independientemente de su puntuación en anamnesis y EF. Tal vez porque siguen patrones heurísticos de razonamiento clínico y llegan antes al diagnóstico con menor número de maniobras en anamnesis y EF.

La mejor competencia en Orientación diagnóstica se asoció con mayores puntuaciones en anamnesis y petición de pruebas complementarias.

6.8. Habilidades de comunicación

El cumplimiento de estándares del cuestionario GATHA es globalmente bajo (la mitad de los indicadores se cumplen por <50% profesionales), aunque similar a los de otros estudios¹¹⁹.

Al ajustar las puntuaciones en comunicación sobre 10 para poder comparar con otras competencias, hallamos que el 75% de los médicos obtuvo un resultado inferior al 5. No podemos establecer 5 como punto de corte, es decir, no podemos decir que la mayoría de médicos suspenden esta competencia. En primer lugar se trata de buenos profesionales (con buena formación, experiencia, docentes). En segundo lugar, el cuestionario incluye ítems que no son de obligado cumplimiento en este caso (como los de CCP, empatía). El nivel de puntuación del GATHA es diferente para cada caso y cada entorno asistencial, y su valoración tiene sentido para cada médico en relación al conjunto de profesionales evaluados para ese mismo caso.

En cambio, cuando se evalúa la competencia en comunicación con una ECOE, la competencia en comunicación muestra generalmente la mejor puntuación (65-80% de las puntuaciones máximas)^{116 136 115}, lo que corrobora la ya comentada disociación entre las puntuaciones obtenidas en los diferentes niveles de evaluación¹²⁶.

El hecho de que la comunicación sea el área con mejor puntuación en casi todos los estudios realizados en el 3r escalón de Miller puede justificarse por los siguientes motivos: o bien la comunicación es una de las áreas competenciales donde el profesional cuida especialmente su habilidad dentro de su práctica profesional; o bien los participantes ponen una atención especial en las mismas, especialmente en las estaciones con pacientes estandarizados, donde conocen que van a ser evaluados en este área (“efecto de Hawthorne”). También debe tenerse en cuenta el posible sesgo del actor, responsable de la evaluación de esta área, al empatizar con el evaluado (sesgo actor-observador).

Una mejor competencia en comunicación se asoció a una mejor formación del médico (especialista en MF y vía MIR) y al hecho de ser tutor, trabajar en centros docentes y a entrevistas más largas. Esto es congruente con el hecho de que la comunicación es una de las competencias que más se trabaja en la formación de especialistas en MF, tanto por parte de los residentes como de los tutores.

Hallamos una correlación significativa entre la competencia en anamnesis y en comunicación, lo que parece lógico. También en estudiantes, los que muestran mejores habilidades en comunicación son aquellos que mejor puntuación obtienen en tareas de anamnesis, y también son los que mayor tiempo de entrevista consumen ²⁰⁹.

Cuando analizamos separadamente los 3 ejes del cuestionario, hallamos las mejores puntuaciones en el eje actitudes: aquí la mayoría de los médicos evaluados (57.7%) puntuaba superior a 5. En otros trabajos con el mismo cuestionario, también el eje actitudes muestra mejor puntuación ¹¹⁹.

Las habilidades de contacto con el paciente, como saludo inicial y despedida obtuvieron un cumplimiento alto: 67% y 76% respectivamente.

El cumplimiento de los indicadores relativos a la comunicación centrada en el paciente es bajo, lo cual es habitual en el médico que utiliza un **modelo biológico** de atención al paciente. Esto es esperable al atender a una paciente que consulta por síntomas con un posible origen biológico, más aún en un entorno duro de trabajo, puesto que el modelo de CCP consume en general más tiempo.

En congruencia con esta observación, las habilidades de empatía están ausentes en todos los médicos participantes.

La baja empatía es habitual en trabajos similares ^{78 119}, aunque también cabe señalar que en nuestro caso no había un componente emocional evidente, y además se entrenó a la PEI para no mostrar preocupación en ningún momento.

Las interrupciones durante la consulta se relacionaron significativamente con una mejor competencia en comunicación, específicamente con el eje actitudes. Ya se ha comentado previamente las posibles explicaciones a esta asociación (apartado 6.3.)

6.9. Competencia y su relación con el tiempo de consulta

En nuestro estudio, una duración mayor de las consultas se asoció a mejores competencias en anamnesis, exploración física, petición óptima de pruebas complementarias y a una mejor comunicación (concretamente en los ejes actitudes y tareas), es decir, influyó positivamente en todas las competencias excepto la orientación diagnóstica.

Un estudio holandés²¹⁷ demostró justamente la relación inversa: los profesionales en consultas con restricción de tiempo mostraron peores puntuaciones en comunicación y en satisfacción del paciente.

El tiempo de consulta ha demostrado relación con múltiples aspectos del profesional, del paciente y del encuentro clínico²¹⁸, particularmente:

- Satisfacción del paciente
- Resultados en procesos crónicos
- Prescripción
- Derivación
- Actividades preventivas
- Abordaje psicosocial
- Satisfacción del profesional
- Riesgo de demandas por malapaxis

De todas formas, no existe suficiente evidencia para recomendar una duración ideal de las consultas en Atención primaria³⁸, y las revisiones sobre el efecto de consultas más largas sobre los resultados en salud arrojan conclusiones contradictorias^{35 36 37}.

Las opiniones de expertos sobre la relación del tiempo de consulta con la competencia en comunicación y anamnesis difieren: por un lado, se plantea la importancia de mayor tiempo de consulta para una comunicación eficaz^{219 220}, y se considera que, en general, el abordaje psicosocial requiere de 3 a 6 minutos más de consulta²²¹.

Otro estudio relevante²²² por el contrario, comparó la duración de las consultas de médicos que se comprometieron con la atención centrada en el paciente (8,5 minutos de promedio) con los que no (7,8 minutos); esto es, hubo menos de un minuto de diferencia. Sin embargo, mientras estaban aprendiendo estas habilidades, los médicos usaban unos 11 minutos por consulta.

7. LÍNEAS FUTURAS

- Ampliar población en número y contextos. Aumentar la muestra de MF evaluados por esta metodología que ya ha demostrado su utilidad, con diferentes niveles de formación y en diferentes contextos de trabajo permitiría establecer referentes más completos, un punto de corte de nivel adecuado de competencia en base a percentiles y a la vez permitiría generalizar los resultados.
- Aplicación a otras especialidades. Diferentes contextos de especialidades médicas pueden ser subsidiarios de ser evaluados con combinaciones de herramientas como las desarrolladas para los MF en el presente estudio o muy similares, permitiendo demostrar su utilidad en las mismas y la comparación entre perfiles competenciales según especialidad y contexto.
- Uso del sistema en acreditación profesional, certificación o recertificación. Es decir, utilizar la metodología de evaluación sumativa en procesos relacionados con el desarrollo profesional. Estos procesos requieren una alta fiabilidad y otros elementos psicométricos que es necesario analizar previamente en proyectos pilotos y durante el desarrollo de estas evaluaciones.
- Otros hallazgos exploratorios. Existen todavía pocos datos sobre la utilidad, sensibilidad y especificidad de las pruebas exploratorias en el contexto de la MF (u otras especialidades), y los que hay a veces son negativos o contradictorios, y más si como en nuestro caso no altera de forma importante el manejo diagnóstico. Realizar evaluaciones de las exploraciones más utilizadas en AP con pacientes reales (con hallazgos exploratorios constatados) y con la metodología de paciente estandarizado infiltrado, puede ayudar a rentabilizar el uso que se hace de las mismas en contextos de alta presión asistencial y tiempo limitado de consulta.
- Influencia del aprendizaje en CCP en otras competencias del profesional. Se ha identificado en este estudio la asociación existente entre la comunicación y otras competencias como anamnesis, manejo... y en profesionales cuya competencia comunicacional en CCP es relativamente baja. Un ensayo clínico

con intervención formativa en este modelo y métodos de evaluación de competencias que engloben los componentes más importantes, podrían aportar datos sobre impacto de una actividad formativa centrada en un modelo comunicacional que ya tiene mucha evidencia de mejorar resultados en salud.

8. CONCLUSIONES

- 1- Se ha diseñado e implementado un sistema de evaluación, integrando diferentes herramientas (Pacientes reales estandarizados infiltrados, audit de registros médicos y observación directa por audio grabación) que es aplicable y útil para medir las dimensiones más relevantes de la competencia del médico de familia en su práctica real (4º escalón de Miller).
- 2- De acuerdo a los estándares de calidad diseñados por un grupo de expertos, sólo un tercio de los médicos evaluados cumplen estándares óptimos o aceptables en todas las competencias.
- 3- Los médicos evaluados mostraron mayor competencia en Anamnesis y en manejo de Pruebas Complementarias, respecto a otros componentes competenciales
- 4- Los MF muestran competencias más bajas en Exploración Física respecto a otros componentes competenciales, aunque esto no influye de forma importante en el manejo clínico de los pacientes, dado que el cumplimiento de estándares de calidad en pruebas complementarias y diagnóstico fue aceptable en la mayoría de los médicos evaluados.
- 5-La capacidad de los MF para detectar por palpación una hepatomegalia es baja, confirmando los hallazgos de otros estudios previos internacionales.
- 6- En el presente estudio, no se ha hallado una correlación global entre los distintos componentes competenciales apareciendo competencias que se asocian de forma significativa como la comunicación con anamnesis o manejo diagnóstico y otras con ninguna correlación relevante.
- 7.- Los profesionales con mejor nivel en diferentes componentes competenciales son aquellos que presenta una mayor experiencia, formación (especialidad y vía MIR) y experiencia docente como tutor de posgrado.
- 8- Las entrevistas clínicas que presentaban mayor nivel de competencia son aquellos que se realizaron en centros de salud docentes y aquellas que tenían mayor duración y presentaron alguna interrupción.

9.-Las habilidades de Comunicación de los MF evaluados se enmarcan en un modelo biomédico de atención al paciente. La puntuación en comunicación centrada en el paciente y en negociación es menor que en otras habilidades

9. BIBLIOGRAFIA

1. Kane MT. The assessment of professional competence. *Eval Health Prof.* junio de 1992;15(2):163-82.
2. Thomas Mulet V. Evaluación de la competencia, reto o necesidad. La visión desde Semfyc. *JANO.* 2002;62:14-5.
3. Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH, Linas SL, Levinson W. A behavioral and systems view of professionalism. *JAMA.* 22 de diciembre de 2010;304(24):2732-7.
4. Le Boterf G, Vincent F, Barzucchetti S. Cómo gestionar la calidad de la formación. *Gestión 2000*;
5. Brailovsky C. Educación médica, evaluación de las competencias. *Aportes Para Un Cambio Curric En Argent.* 2001;106-22.
6. Pereda Marín S, Berrocal. *GESTION DE RECURSOS HUMANOS POR COMPETENCIAS [Internet].* 1999
7. Fernández, Ignacio. El dilema de las competencias intangibles [Internet]. 2006.
8. Allen T, Brailovsky C, Rainsberry P, Lawrence K, Crichton T, Carpentier M-P, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine. *Can Fam Physician.* septiembre de 2011;57(9):e331-40.
9. Vleuten CPMVD. The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ.* 1 de enero de 1996;1(1):41-67.
10. Schön DA. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action.* Basic Books; 1983. 388 p.
11. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2013.
12. El mapa de competencias para la Evaluación del Médico de Familia en su práctica clínica. Semfyc; 2005.
13. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. *La Prensa Médica Mexicana*; 1984. 194 p.
14. Martín Zurro A. Objetivos y métodos de la evaluación de la competencia profesional: a vueltas con la pirámide de Miller. *Med Clínica.* 126(8):293-4.
15. Prieto Rodríguez MÁ, Danet Danet A, Escudero Carretero MJ, Ruiz Azarola A, Pérez Corral O, García Toyos N. Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. *Gac Sanit.* octubre de 2012;26(5):450-6.
16. Una Herramienta para la Mejora de la Práctica Clínica del Médico de Familia: el Portfolio. [Internet]. Semfyc Ediciones; 2006.

17. Martínez Carretero J, Blay Pueyo C. Evaluando la competencia de los profesionales sanitarios: dudas, fundamentos y experiencias. *Educación Médica*. 1998;1(1):17-23.
18. Blay Pueyo C. Evaluación clínica objetiva y estructurada: ECOE. *Educ Médica*. 1998;1(1):13-6.
19. Sellarés Sallas. Evaluación de la competencia: Reto o necesidad. *Semfyc Ediciones*; 2001.
20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. septiembre de 2005;83(3):457-502.
21. Andersson S-O, Ferry S, Mattsson B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. *Scand J Prim Health Care*. 1 de enero de 1993;11(1):61-7.
22. Raynes NV, Cairns V. Factors contributing to the length of general practice consultations. *J R Coll Gen Pract*. agosto de 1980;30(217):496-8.
23. Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ*. 25 de enero de 1992;304(6821):227-30.
24. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract*. febrero de 1991;41(343):48-54.
25. Konrad TR, Link CL, Shackelton RJ, Marceau LD, Knesebeck O von dem, Siegrist J, et al. It's about time: Physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. *Med Care*. febrero de 2010;48(2):95-100.
26. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? *Arch Intern Med*. 9 de noviembre de 2009;169(20):1866-72.
27. the Workload Survey Group. 2006/07 UK General Practice Workload Survey [Internet]. the Information Centre Part of the Government Statistical Service; 2007.
28. Agreda Peiró J, Díez Espino J, Extramiana Cameno E, Extremera Urabayen V, Indurain Orduna S, Loayssa Lara JR. [The demand for medical consultations in primary health care in Navarre]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. agosto de 1995;16(3):125-30.
29. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria*. 31 de mayo de 2004;33(09):496-502.
30. López García-Ramos L, López Martín D, Berbel Jiménez FJ, Pérez de Colosía Civantos M, Pedregal González M. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. *Aten Primaria*. marzo de 2009;41(3):147-51.

31. Ogando Díaz B, Giménez Vázquez M, De Andrés Núñez, ME, García Olmos, LM. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Aten Primaria*. 03 de 1995;15(5):290-6.
32. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*. octubre de 2002;76(5):561-75.
33. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. diciembre de 2002;52(485):1004-6.
34. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 31 de agosto de 2002;325(7362):472.
35. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. En: *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2006
36. Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 17 de mayo de 2007;7(1):71.
37. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ*. 13 de abril de 2002;324(7342):880-2.
38. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. diciembre de 2002;52(485):1012-20.
39. Howie JGR, Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Fam Pract*. agosto de 2004;21(4):458-68.
40. Suñol R. Correlación entre los procesos y los resultados de la Entrevista Clínica: su aplicación a los programas de calidad en Atención Primaria. 1992.
41. Borrell F. Aprender habilidades clínicas: herramientas de formación. *EIDON*. 3:34-43.
42. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico : historia y teoría. 1982 [citado 25 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/el-diagnostico-medico--historia-y-teoria/>
43. Fuertes Goñi MC, Loayssa Lara JR. Razonamiento clínico. *AMF*. 2014;10(8):435-43.
44. Kevin W. E. Lo que todo profesor necesita saber sobre el razonamiento clínico. *Educ Médica*. junio de 2005;8(2):09-18.

45. Kroenke K. A Practical and Evidence-Based Approach to Common SymptomsA Narrative ReviewA Practical and Evidence-Based Approach to Common Symptoms. *Ann Intern Med.* 21 de octubre de 2014;161(8):579-86.
46. Triunfos HH. fracasos de la medicina en los Estados Unidos. *Gac Med Mex.* 126:72-6.
47. Bates B, Hoekelman RA. Manual de propedéutica médica. Interamericana McGraw-Hill; 1992. 241 p.
48. Rich EC, Crowson TW, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of internal medicine physicians. *Arch Intern Med.* noviembre de 1987;147(11):1957-60.
49. Swartz MH. Tratado de semiología. Anamnesis y exploración + DVD-ROM (con Student Consult). Elsevier España; 2010. 924 p.
50. Hasnain M, Bordage G, Connell KJ, Sinacore JM. History-taking behaviors associated with diagnostic competence of clerks: an exploratory study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* octubre de 2001;76(10 Suppl):S14-7.
51. Grant J, Marsden P. The structure of memorized knowledge in students and clinicians: an explanation for diagnostic expertise. *Med Educ.* marzo de 1987;21(2):92-8.
52. Elstein AS, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ.* 23 de marzo de 2002;324(7339):729-32.
53. Rodríguez García PL, Rodríguez Pupo L. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Rev Cuba Med Gen Integral.* agosto de 1999;15(4):409-14.
54. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 8 de abril de 1977;196(4286):129-36.
55. Prados Castillejo JA, Cebrià Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. Comunicación centrada en el paciente, una aplicación a la clínica. *FMC Form Médica Contin En Aten Primaria.* 1 de febrero de 2000;7(2):83-8.
56. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ.* 24 de febrero de 2001;322(7284):444-5.
57. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc Ediciones;
58. 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.* febrero de 1992;156(2):163-5.
59. 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.* 31 de mayo de 1975;2(5969):486-9.

60. Reiman MP, Thorborg K. CLINICAL EXAMINATION AND PHYSICAL ASSESSMENT OF HIP JOINT-RELATED PAIN IN ATHLETES. *Int J Sports Phys Ther.* noviembre de 2014;9(6):737-55.
61. Borrell i Carrió F. Exploración física orientada a los problemas. *Aten Primaria.* 15 de junio de 2002;30(01):32-45.
62. McAlister FA, Straus SE, Sackett DL. Why we need large, simple studies of the clinical examination: the problem and a proposed solution. CARE-COAD1 group. Clinical Assessment of the Reliability of the Examination-Chronic Obstructive Airways Disease Group. *Lancet Lond Engl.* 13 de noviembre de 1999;354(9191):1721-4.
63. Sackett DL. The rational clinical examination. A primer on the precision and accuracy of the clinical examination. *JAMA.* 20 de mayo de 1992;267(19):2638-44.
64. Simel, David L, Rennie, Drummond. The rational clínicl examination. Evidence-Based Clinical Diagnosis [Internet]. McGraw Hill Professional.; 2009.
65. Straus SE, Mcalister FA, Sackett DL. Clinical assessment of the reliability of the examination (CARE). *Evid Based Med.* 1 de septiembre de 2000;5(5):132-4.
66. Spiteri MA, Cook DG, Clarke SW. Reliability of eliciting physical signs in examination of the chest. *Lancet Lond Engl.* 16 de abril de 1988;1(8590):873-5.
67. Andersson GB, Deyo RA. History and physical examination in patients with herniated lumbar discs. *Spine.* 15 de diciembre de 1996;21(24 Suppl):10S - 18S.
68. Wagemakers HP, Heintjes EM, Boks SS, Berger MY, Verhaar JA, Koes BW, et al. Diagnostic value of history-taking and physical examination for assessing meniscal tears of the knee in general practice. *Clin J Sport Med Off J Can Acad Sport Med.* enero de 2008;18(1):24-30.
69. Fischer T, Fischer S, Himmel W, Kochen MM, Hummers-Pradier E. Family practitioners' diagnostic decision-making processes regarding patients with respiratory tract infections: an observational study. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* diciembre de 2008;28(6):810-8.
70. Hoefman E, Boer KR, van Weert HCPM, Reitsma JB, Koster RW, Bindels PJE. Predictive value of history taking and physical examination in diagnosing arrhythmias in general practice. *Fam Pract.* diciembre de 2007;24(6):636-41.
71. Saldías P F, C M, Ignacio J, Ramírez R D, Díaz P O. Valor predictivo de la historia clínica y el examen físico en el diagnóstico de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad: Revisión de la literatura. *Rev Médica Chile.* abril de 2007;135(4):517-28.
72. Oudega R, Moons KGM, Hoes AW. Limited value of patient history and physical examination in diagnosing deep vein thrombosis in primary care. *Fam Pract.* febrero de 2005;22(1):86-91.
73. Simel DL, Rennie D. The clinical examination. An agenda to make it more rational. *JAMA.* 19 de febrero de 1997;277(7):572-4.

74. Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervás A, Viñas L, Ferrús J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con rectorragia. *Gastroenterol Hepatol.* 1 de diciembre de 2002;25(10):605-32.
75. Hernández-García C, Lázaro y de Mercado P. GUIPCAR: una guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. *Rev Esp Reumatol.* 1 de marzo de 2002;29(03):94-8.
76. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
77. Rigau Comas D, Álvarez-Sabin J, Gil Núñez A, Abilleira Castells S, Borrás Pérez FX, Armario García P, et al. Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus. *Med Clínica.* noviembre de 2009;133(19):754-62.
78. Prados Castillejo JA. Distorsión en las técnicas comunicacionales (entrevista clínica) en las consultas de demanda de atención primaria. Córdoba. Facultad de Medicina; 1996.
79. Palmer ED. Palpability of the liver edge in healthy adults. *U S Armed Forces Med J.* diciembre de 1958;9(12):1685-90.
80. Sajjad S, Garcia M, Malik A, Van Thiel DH. An assessment of the accuracy of hepatic and splenic size based upon a clinician's physical examination, a radiologist's impression and the actual liver and spleen volumes calculated by CT scanning. *Dig Dis Sci.* julio de 2008;53(7):1946-50.
81. Zoli M, Magalotti D, Grimaldi M, Gueli C, Marchesini G, Pisi E. Physical examination of the liver: is it still worth it? *Am J Gastroenterol.* septiembre de 1995;90(9):1428-32.
82. Naylor C. Physical examination of the liver. *JAMA.* 15 de junio de 1994;271(23):1859-65.
83. Daza Asumendi P, San Vicente Blanco R. ¿Tiene una hepatomegalia? *AMF.* 2012;8(2):87-91.
84. Naylor CD. Does this patient have hepatomegaly? En: *The rational clinical examination: evidence-based clinical diagnosis [Internet].* Chicago: McGraw Hill Professional.; 2008. p. 289-300. Recuperado a partir de: <https://www.mcgill.ca/mghintmed/files/mghintmed/jama-the-rational-clinical-examination.pdf>
85. Gómez Arnáiz A, Santana Montesdeoca JM, Conde Martel A, Jorrín Moreno A. Utilidad diagnóstica de la exploración física para detectar hepatomegalia. *Aten Primaria.* julio de 2005;36(4):226-7.
86. Rodríguez Diéguez M, Mulet Pérez A, Miranda Moles Z, Pérez Berlanga AM, Pullés Labadié M, Menéndez García E. Valor del examen físico en el diagnóstico de la ascitis, hepatomegalia e ictericia en pacientes con cirrosis hepática. *Correo Científico Méd.* diciembre de 2014;18(4):686-99.
87. Joshi R, Singh A, Jajoo N, Pai M, Kalantri SP. Accuracy and reliability of palpation and percussion for detecting hepatomegaly: a rural hospital-based

- study. *Indian J Gastroenterol Off J Indian Soc Gastroenterol*. octubre de 2004;23(5):171-4.
88. Pauker SG, Kassirer JP. The Threshold Approach to Clinical Decision Making. *N Engl J Med*. 15 de mayo de 1980;302(20):1109-17.
 89. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ [Internet]*. 2009 [citado 10 de julio de 2015];338.
 90. Gervas J, Pérez Fernández M. Aviso para navegantes solitarios en el mar de la incertidumbre. Con acuse de recibo. *Econ Salud*. 2005;1:14-5.
 91. Bellón Saameño. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos, tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit*. 1995;9(51):343-53.
 92. Casajuana J, Bellón Saameño. Gestión de la consulta en atención primaria. En: *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 2003. p. 84-109.
 93. Soxs H, Margulies I. Psychologically mediated effects of diagnostic test. *Ann Intern Med*. 95:680-5.
 94. Eisenberg JM. Physician Utilization: The State of Research about Physicians' Practice Patterns. *Med Care*. 1 de mayo de 1985;23(5):461-83.
 95. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. septiembre de 2000;49(9):796-804.
 96. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med*. 24 de mayo de 1999;159(10):1069-75.
 97. De Jaegher K, Jegers M. A model of physician behaviour with demand inducement. *J Health Econ*. marzo de 2000;19(2):231-58.
 98. Bellón Saameño JÁ. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. septiembre de 2006;38(5):293-8.
 99. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1982. 1984;19(2):167-75.
 100. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control CPC Prév Contrô En Cancérologie PCC*. febrero de 1999;3(1):25-30.
 101. van den Brink-Muinen A van den. Eurocommunication II: A Comparative Study Between Countries in Central- and Western-Europe on Doctor-patient Communication in General Practice : Final Report. Nivel; 2003. 128 p.
 102. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Rev Comun Salud*. 18 de junio de 2014;4(0):19-34.

103. Terrón JL. Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud. *Rev Esp Comun Salud.* 1(2):77-97.
104. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* 24 de febrero de 2001;322(7284):468-72.
105. Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *J Clin Nurs.* marzo de 2012;21(5-6):897-904.
106. Kahn KL, Schneider EC, Malin JL, Adams JL, Epstein AM. Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Med Care.* mayo de 2007;45(5):431-9.
107. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Med Care Res Rev.* 20 de noviembre de 2012;1077558712465774.
108. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, et al. Early effects of «Guided Care» on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* marzo de 2008;63(3):321-7.
109. Marsteller JA, Hsu Y-J, Reider L, Frey K, Wolff J, Boyd C, et al. Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. *Ann Fam Med.* agosto de 2010;8(4):308-15.
110. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 1982. octubre de 2005;61(7):1516-28.
111. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev MCRR.* diciembre de 2013;70(6):567-96.
112. Hobgood CD, Riviello RJ, Jouriles N, Hamilton G. Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* noviembre de 2002;9(11):1257-69.
113. Duffy F. Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills... : The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine.* junio de 2004;79(6):495-507.
114. Laughlin T, Wetmore S, Allen T, Brailovsky C, Crichton T, Bethune C, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: communication skills. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* abril de 2012;58(4):e217-24.
115. Pedregal González M, Molina Fernández E, Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F, Bonal Pitz P, Iglesias Arrabal C. Evaluación de la competencia clínica de tutores de residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria.* 30 de junio de 2004;34(02):68-72.

116. Ramírez-Puerta D, González-Béjar M, Zarco-Rodríguez J, Gilbert I, Gual-Sala A. Competencia clínica de los médicos de familia en 14 Comunidades Autónomas españolas. *Educ Médica*. diciembre de 2006;9(4B):234-44.
117. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula de Torres LÁ, Gavilán Moral E, Loayssa Lara JR. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria*. mayo de 2010;42(5):257-63.
118. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ*. julio de 2006;40(7):624-9.
119. Canovaca Vega AM. Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario [Internet]. Universidad de Córdoba;
120. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria*. 2001;27(7):469-77.
121. Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. diciembre de 2006;64(1-3):242-8.
122. Sellarés Sallas J, Cots Yago JM. ¿Debemos evaluar la competencia de los médicos de familia? *Aten Primaria*. 2002;30(9):539-40.
123. Manual de Competencias del/de la Médico/a de Familia de Atención Primaria [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2011.
124. Martín Zurro A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria*. 15 de junio de 2002;30(01):46-56.
125. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. septiembre de 1990;65(9 Suppl):S63-7.
126. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C, Hobus P. Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. *BMJ*. 30 de noviembre de 1991;303(6814):1377-80.
127. Gómez JM, Prieto L, Pujol R, Arbizu T, Vilar L, Pi F, et al. Clinical skills assessment with standardized patients. *Med Educ*. 1 de marzo de 1997;31(2):94-8.
128. Ram P, van der Vleuten C, Rethans JJ, Schouten B, Hobma S, Grol R. Assessment in general practice: the predictive value of written-knowledge tests and a multiple-station examination for actual medical performance in daily practice. *Med Educ*. marzo de 1999;33(3):197-203.
129. Ram P, van der Vleuten C, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians: comparison of observation in a multiple-station

- examination using standardized patients with observation of consultations in daily practice. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* enero de 1999;74(1):62-9.
130. Hays RB, Davies HA, Beard JD, Caldon LJM, Farmer EA, Finucane PM, et al. Selecting performance assessment methods for experienced physicians. *Med Educ.* octubre de 2002;36(10):910-7.
 131. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach.* marzo de 2006;28(2):117-28.
 132. Kronfly Rubiano E, Ricarte Díez JI, Juncosa Font S, Martínez Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOЕ). *Med Clínica.* diciembre de 2007;129(20):777-84.
 133. López Miranda J. Aplicación de un examen clínico objetivo estructurado (ECOЕ) para la evaluación de las habilidades y competencias clínicas en la Licenciatura de Medicina
 134. Pastrana Delgado A. Resultados de prueba de ECOЕ transversal a R2 de especialidades médicas de la clínica universidad de Navarra. *Rev Clínica Esp.* 214(Especial congreso):1185.
 135. Toledo García JA, Fernández Ortega MA, Trejo Mejía JA, Grijalva MG, Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER. Evaluación de la competencia clínica en el posgrado de medicina familiar mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado. *Aten Primaria.* 31 de octubre de 2002;30(07):435-41.
 136. Ruiz i Gil E, Florensa i Claramunt E, Cots i Yago JM, Sellarès Salas J, Iruela López A, Blay Pueyo C, et al. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. *Aten Primaria.* 30 de junio de 2001;28(02):105-9.
 137. Alemany C, M A, Salvà Casanovas A, Altimir Losada S, Miralle Basseda R, Yuste Marco A, et al. Evaluación clínica objetiva y estructurada en geriatría. Resultados del primer proyecto realizado en España. *Rev Esp Geriatría Gerontol.* 1 de noviembre de 2002;37(06):298-303.
 138. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA.* 5 de abril de 2000;283(13):1715-22.
 139. Carney PA, Dietrich AJ, Freeman DH, Mott LA. The periodic health examination provided to asymptomatic older women: an assessment using standardized patients. *Ann Intern Med.* 15 de julio de 1993;119(2):129-35.
 140. Gorter S, Rethans J-J, Van Der Heijde D, Scherpbier A, Houben H, Van Der Vleuten C, et al. Reproducibility of clinical performance assessment in practice using incognito standardized patients. *Med Educ.* 1 de septiembre de 2002;36(9):827-32.

141. Mohanan M, Vera-Hernández M, Das V, Giardili S, Goldhaber-Fiebert JD, Rabin TL, et al. The know-do gap in quality of health care for childhood diarrhea and pneumonia in rural India. *JAMA Pediatr.* abril de 2015;169(4):349-57.
142. Flórez IC, Torres EC, Ochoa MJG, Fernández R de E. La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias evaluada a través de un sistema de valoración del desempeño en la escena. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg.* 2012;24(2):84-90.
143. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 15 de febrero de 2005;142(4):260-73.
144. Liu C. An introduction to workplace-based assessments. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2012;5(1):24-8.
145. Schuwirth LWT, Southgate L, Page GG, Paget NS, Lescop JM, Lew SR, et al. When enough is enough: a conceptual basis for fair and defensible practice performance assessment. *Med Educ.* octubre de 2002;36(10):925-30.
146. Van Der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ.* 1 de marzo de 2005;39(3):309-17.
147. Scoles PV, Hawkins RE, LaDuca A. Assessment of clinical skills in medical practice. *J Contin Educ Health Prof.* 2003;23(3):182-90.
148. Overeem K, Faber MJ, Arah OA, Elwyn G, Lombarts KMJM, Wollersheim HC, et al. Doctor performance assessment in daily practise: does it help doctors or not? A systematic review. *Med Educ.* noviembre de 2007;41(11):1039-49.
149. Prados JA. Introducción de los pacientes simulados en la docencia del arte de la medicina en nuestro país. *EIDON.* 8:40-5.
150. Tamblyn RM. Use of standardized patients in the assessment of medical practice. *CMAJ Can Med Assoc J.* 27 de enero de 1998;158(2):205-7.
151. Petrusa ER. Taking standardized patient-based examinations to the next level. *Teach Learn Med.* 2004;16(1):98-110.
152. Vleuten CPM van der, Swanson DB. Assessment of clinical skills with standardized patients: State of the art. *Teach Learn Med.* 1 de enero de 1990;2(2):58-76.
153. Badger LW, deGruy F, Hartman J, Plant MA, Leeper J, Ficken R, et al. Stability of standardized patients' performance in a study of clinical decision making. *Fam Med.* febrero de 1995;27(2):126-31.
154. Rose M, Wilkerson L. Widening the lens on standardized patient assessment: what the encounter can reveal about the development of clinical competence. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* agosto de 2001;76(8):856-9.
155. McLaughlin K, Gregor L, Jones A, Coderre S. Can standardized patients replace physicians as OSCE examiners? *BMC Med Educ.* 2006;6:12.

156. Swanson DB, Vleuten CPM van der. Assessment of Clinical Skills With Standardized Patients: State of the Art Revisited. *Teach Learn Med.* 1 de enero de 2013;25(sup1):S17-25.
157. Epstein RM. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med.* 25 de enero de 2007;356(4):387-96.
158. Franz CE, Epstein R, Miller KN, Brown A, Song J, Feldman M, et al. Caught in the Act? Prevalence, Predictors, and Consequences of Physician Detection of Unannounced Standardized Patients. *Health Serv Res.* diciembre de 2006;41(6):2290-302.
159. Rethans J-J, Gorter S, Bokken L, Morrison L. Unannounced standardised patients in real practice: a systematic literature review. *Med Educ.* junio de 2007;41(6):537-49.
160. Epstein RM, Levenkron JC, Frarey L, Thompson J, Anderson K, Franks P. Improving Physicians' HIV Risk-assessment Skills Using Announced and Unannounced Standardized Patients. *J Gen Intern Med.* marzo de 2001;16(3):176-80.
161. Schwartz A, Weiner SJ, Binns-Calvey A. Comparing Announced with Unannounced Standardized Patients in Performance Assessment. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 1 de febrero de 2013;39(2):83-8.
162. Boulet JR, McKinley DW, Norcini JJ, Whelan GP. Assessing the Comparability of Standardized Patient and Physician Evaluations of Clinical Skills. *Adv Health Sci Educ.* 1 de mayo de 2002;7(2):85-97.
163. Brunner E, Probst M, Meichtry A, Luomajoki H, Dankaerts W. Comparison of clinical vignettes and standardized patients as measures of physiotherapists' activity and work recommendations in patients with non-specific low back pain. *Clin Rehabil.* 4 de febrero de 2015;
164. Price-Haywood EG, Harden-Barríos J, Cooper LA. Comparative effectiveness of audit-feedback versus additional physician communication training to improve cancer screening for patients with limited health literacy. *J Gen Intern Med.* agosto de 2014;29(8):1113-21.
165. Li L, Lin C, Guan J. Using standardized patients to evaluate hospital-based intervention outcomes. *Int J Epidemiol.* junio de 2014;43(3):897-903.
166. Wilkes MS, Day FC, Srinivasan M, Griffin E, Tancredi DJ, Rainwater JA, et al. Pairing physician education with patient activation to improve shared decisions in prostate cancer screening: a cluster randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* agosto de 2013;11(4):324-34.
167. Houwink EJF, Muijtjens AMM, van Teeffelen SR, Henneman L, Rethans JJ, van der Jagt LEJ, et al. Effectiveness of oncogenetics training on general practitioners' consultation skills: a randomized controlled trial. *Genet Med Off J Am Coll Med Genet.* enero de 2014;16(1):45-52.
168. Feng B, Srinivasan M, Hoffman JR, Rainwater JA, Griffin E, Dragojevic M, et al. Physician communication regarding prostate cancer screening: analysis of

- unannounced standardized patient visits. *Ann Fam Med*. agosto de 2013;11(4):315-23.
169. Shirazi M, Lonka K, Parikh SV, Ristner G, Alaeddini F, Sadeghi M, et al. A tailored educational intervention improves doctor's performance in managing depression: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*. 1 de febrero de 2013;19(1):16-24.
 170. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns*. septiembre de 2011;84(3):379-85.
 171. Berner ES, Houston TK, Ray MN, Allison JJ, Heudebert GR, Chatham WW, et al. Improving Ambulatory Prescribing Safety with a Handheld Decision Support System: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 2006;13(2):171-9.
 172. Woodward CA, Hutchison B, Norman GR, Brown JA, Abelson J. What factors influence primary care physicians' charges for their services? An exploratory study using standardized patients. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 27 de enero de 1998;158(2):197-202.
 173. Kutob RM, Bormanis J, Crago M, Senf J, Gordon P, Shisslak CM. Assessing culturally competent diabetes care with unannounced standardized patients. *Fam Med*. junio de 2013;45(6):400-8.
 174. Culver JO, Bowen DJ, Reynolds SE, Pinsky LE, Press N, Burke W. Breast cancer risk communication: assessment of primary care physicians by standardized patients. *Genet Med Off J Am Coll Med Genet*. octubre de 2009;11(10):735-41.
 175. Weiner SJ, Schwartz A, Cyrus K, Binns-Calvey A, Weaver FM, Sharma G, et al. Unannounced Standardized Patient Assessment of the Roter Interaction Analysis System: The Challenge of Measuring Patient-Centered Communication. *J Gen Intern Med*. febrero de 2013;28(2):254-60.
 176. Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med*. abril de 2006;68(2):269-76.
 177. Zabar S, Ark T, Gillespie C, Hsieh A, Kalet A, Kachur E, et al. Can unannounced standardized patients assess professionalism and communication skills in the emergency department? *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. septiembre de 2009;16(9):915-8.
 178. Krane NK, Anderson D, Lazarus CJ, Termini M, Bowdish B, Chauvin S, et al. Physician practice behavior and practice guidelines: using unannounced standardized patients to gather data. *J Gen Intern Med*. enero de 2009;24(1):53-6.
 179. Hutchison B, Woodward CA, Norman GR, Abelson J, Brown JA. Provision of preventive care to unannounced standardized patients. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 27 de enero de 1998;158(2):185-93.

180. Kravitz RL, Franks P, Feldman M, Meredith LS, Hinton L, Franz C, et al. What Drives Referral from Primary Care Physicians to Mental Health Specialists? A Randomized Trial Using Actors Portraying Depressive Symptoms. *J Gen Intern Med.* junio de 2006;21(6):584-9.
181. Peabody JW, Luck J, Jain S, Bertenthal D, Glassman P. Assessing the accuracy of administrative data in health information systems. *Med Care.* noviembre de 2004;42(11):1066-72.
182. Luck J, Peabody JW. Using standardised patients to measure physicians' practice: validation study using audio recordings. *BMJ.* 28 de septiembre de 2002;325(7366):679.
183. Sutnick AI, Stillman PL, Norcini JJ, Friedman M, Regan MB, Williams RG, et al. ECFMG assessment of clinical competence of graduates of foreign medical schools. Educational Commission for Foreign Medical Graduates. *JAMA.* 1 de septiembre de 1993;270(9):1041-5.
184. Ben-David MF, Klass DJ, Boulet J, De Champlain A, King AM, Pohl HS, et al. The performance of foreign medical graduates on the National Board of Medical Examiners (NBME) standardized patient examination prototype: a collaborative study of the NBME and the Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG). *Med Educ.* junio de 1999;33(6):439-46.
185. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojanian KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA.* 1 de enero de 2003;289(1):80-6.
186. Berger MY, van der Velden JJ, Lijmer JG, de Kort H, Prins A, Bohnen AM. Abdominal symptoms: do they predict gallstones? A systematic review. *Scand J Gastroenterol.* enero de 2000;35(1):70-6.
187. McGee S. Evidence-Based Physical Diagnosis. Elsevier Health Sciences; 2012. 877 p.
188. Navarro Fernández JA, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, López Cara MA. Validez de las pruebas diagnósticas realizadas a pacientes con dolor abdominal agudo en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Enfermedades Dig.* septiembre de 2009;101(9):610-4.
189. Dolor en abdomen. ¿Tiene una colecistitis? (AMF 2012) Explorando... [Internet]. 2012 [citado 28 de junio de 2015].
190. Yañez Gallardo R, Cuadra Olmos R. LA TÉCNICA DELPHI Y LA INVESTIGACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD. *Cienc Enferm.* junio de 2008;14(1):9-15.
191. Rethans JJ, Drop R, Sturmans F, van der Vleuten C. A method for introducing standardized (simulated) patients into general practice consultations. *Br J Gen Pract.* marzo de 1991;41(344):94-6.
192. Maiburg BHJ, Rethans J-JE, Van Erk IM, Mathus-Vliegen LMH, Van Ree JW. Fielding incognito standardised patients as 'known' patients in a controlled trial in general practice. *Med Educ.* 1 de diciembre de 2004;38(12):1229-35.
193. L. Gorter J-JR Albert J.J.A. Scherpbier, Sjef van der Linden, Marijke H.M. van Santen-Hoeufft, Désirée M.F.M. van der Heijde, Harry H.M.L. Houben, Cees

- P.M. van der Vleuten, Simone. How to introduce incognito standardized patients into outpatient clinics of specialists in rheumatology. *Med Teach.* 1 de enero de 2001;23(2):138-44.
194. Brown JA, Abelson J, Woodward CA, Hutchison B, Norman G. Fielding standardized patients in primary care settings: lessons from a study using unannounced standardized patients to assess preventive care practices. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua.* junio de 1998;10(3):199-206.
 195. Nair BKR, Searles AM, Ling RI, Wein J, Ingham K. Workplace-based assessment for international medical graduates: at what cost? *Med J Aust.* 20 de enero de 2014;200(1):41-4.
 196. van der Vleuten C, Verhoeven B. In-training assessment developments in postgraduate education in Europe. *ANZ J Surg.* junio de 2013;83(6):454-9.
 197. Barrett A, Galvin R, Steinert Y, Scherpbier A, O'Shaughnessy A, Horgan M, et al. A BEME (Best Evidence in Medical Education) systematic review of the use of workplace-based assessment in identifying and remediating poor performance among postgraduate medical trainees. *Syst Rev [Internet].* 8 de mayo de 2015 [citado 26 de junio de 2015];4.
 198. Rethans J-J, Norcini JJ, Barón-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, LaDuca T, et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ.* octubre de 2002;36(10):901-9.
 199. Miller A, Archer J. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. *BMJ.* 24 de septiembre de 2010;341:c5064.
 200. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA.* 23 de septiembre de 2009;302(12):1316-26.
 201. Smither JW, London M, Reilly RR. Does Performance Improve Following Multisource Feedback? A Theoretical Model, Meta-Analysis, and Review of Empirical Findings. *Pers Psychol.* 1 de marzo de 2005;58(1):33-66.
 202. Russell NK, Boekeloo BO, Rafi IZ, Rabin DL. Using unannounced simulated patients to evaluate sexual risk assessment and risk reduction skills of practicing physicians. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* septiembre de 1991;66(9 Suppl):S37-9.
 203. Epstein AS. Not just words: caring for the patient by caring about language. *JAMA Intern Med.* 13 de mayo de 2013;173(9):727-8.
 204. Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz RL, Epstein R. Ratings of Physician Communication by Real and Standardized Patients. *Ann Fam Med.* 1 de marzo de 2007;5(2):151-8.
 205. Persiva Saura B, Monedero Mira MJ, Batalla Sales M. Características de las interrupciones realizadas en consultas médicas de un centro de salud. En Alicante: Colegio oficial de médicos; 2013.

206. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. febrero de 2005;35(2):82-8.
207. Hernández-Moreno A, Isanta-Pomar C, Montiu-Pomar JA, Vecino-Lafoz R, Melón-Juncosa P, Orna-Esteban I. Interrupciones por llamadas telefónicas en la consulta del médico de familia en 2 centros de salud de Zaragoza. *SEMERGEN - Med Fam*. mayo de 2012;38(4):214-9.
208. O'Connor R, Barry N, Dempsey R. Interruptions in general practice. *Ir Med J*. octubre de 2007;100(9):582-3.
209. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med*. agosto de 2001;33(7):528-32.
210. Dearden A, Smithers M, Thapar A. Interruptions during general practice consultations--the patients' view. *Fam Pract*. abril de 1996;13(2):166-9.
211. Gormaz Barbavid C, Brailovsky CA. Desarrollo del Razonamiento Clínico en Medicina. *REDU Rev Docencia Univ*. 11 de enero de 2012;10(extra.):177-99.
212. Terry R, Hiester E, James GD. The use of standardized patients to evaluate family medicine resident decision making. *Fam Med*. abril de 2007;39(4):261-5.
213. Ramsey PG, Curtis JR, Paauw DS, Carline JD, Wenrich MD. History-taking and Preventive Medicine Skills among Primary Care Physicians: An Assessment Using Standardized Patients. *Am J Med*. 1 de febrero de 1998;104(2):152-8.
214. Guruprasad P Aithal RNH. Is clinical examination an art? *Lancet*. 2000;355(9202):501.
215. Fishbein M, Mogren J, Mogren C, Cox S, Jennings R. Undetected hepatomegaly in obese children by primary care physicians: a pitfall in the diagnosis of pediatric nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Pediatr (Phila)*. marzo de 2005;44(2):135-41.
216. Sibbald M, Panisko D, Cavalcanti RB. Role of clinical context in residents' physical examination diagnostic accuracy. *Med Educ*. abril de 2011;45(4):415-21.
217. Goedhuys J, Rethans J-J. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Fam Pract*. 1 de diciembre de 2001;18(6):592-6.
218. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the Patient-Physician Relationship. *J Gen Intern Med*. enero de 1999;14(Suppl 1):S34-40.
219. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med*. 5 de marzo de 2013;67(1):30-7.
220. Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su

participación en la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria. 30 de abril de 2004;33(07):361-4.

221. Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 16 de abril de 2009;24(0):7-14.
222. Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method [Internet]. Radcliffe Publishing; 2003 [citado 24 de noviembre de 2015].

Anexos

Anexo 1. Informe favorable de la fundación Jordi Gol i Gurina



COMITÈ CIENTÍFIC DE LA FUNDACIÓ JORDI GOL I GURINA

Després que el comitè científic de la Fundació Jordi Gol i Gurina ha examinat el protocol del “Proyecto EXPLORA: Evaluación de la competencia en Habilidades de exploración clínica de los Médicos de Familia en situación real”¹ a petició de Francesc Borrell Carrió.

l'esmentat Comitè considera que (es subratlla l'acceptada):

- **No es veuen inconvenients importants per a la realització de l'estudi**
- Es recomana l'estudi
- No es recomana l'estudi

Motius principals de la conclusió o observacions que es fan a l'estudi:

Estudi novedós i ben plantejat. No es veuen inconvenients metodològics ni ètics importants que impedeixin la seva realització.

Barcelona, 22 d'abril de 2003

1 Aquest projecte està subvencionat per l'Institut de Salut Carlos III a través de la seva convocatòria “Evaluación de Tecnología Sanitaria” amb l'expedient núm. 02/10054

Anexo 2. Caso de dolor abdominal

TITULO DEL CASO: dolor en hipocondrio derecho

VERSIÓN Nº: 7 ÚLTIMA REVISIÓN: 27/07/2004

AUTORES PRINCIPALES: Pablo Bonal, Josep Maria Bosch

AUTORES COMPLEMENTARIOS: José Antonio Prados, Miguel Pedregal, Fermín Quesada, Elena Muñoz

ESQUEMA DEL CASO. DATOS ESENCIALES

Paciente:

Grupo de edad: mayor de 18 años

Sexo: indistinto

1. Motivo de consulta: Dolor abdominal leve
1. Diagnóstico diferencial en que se basará el caso/ problemas que el examinado tendrá que detectar:

Esteatosis hepática (obesidad, diabetes)

Cirrosis hepática (etilismo, hepatitis B-C, etc)

Insuficiencia cardiaca

Hepatotóxicos (fármacos, productos químicos, etc).

MOTIVO DE CONSULTA

Situación de partida:

Paciente no conocido/a que consulta por dolor abdominal en la zona del hipocondrio derecho

Frase inicial: Doctor, venía a verle porque me duele la barriga desde hace unos días.

ENFERMEDAD ACTUAL

unos 10 días con las molestias.

Es como un nudo.

Me duele sobretodo aquí, debajo de las costillas.

Nunca lo había tenido antes.

La orina es un poco más oscura de lo normal, (si lo pregunta concretamente: no llega a ser como el coñac)

No es muy fuerte, pero no se le pasa

A veces, tengo náuseas. No he vomitado

Me duele algo más después de comer y cenar.

No se me calma con nada.

No ardores

Voy de vientre bien, como siempre. Las heces no tienen sangre, moco o pus

No fiebre

No recuerdo nada que me haya podido sentar mal

No hay nadie más en casa con este problema

Habitualmente no toma ningún tipo de medicación. Ahora está tomando calcio que le dió el ginecólogo.

No le despierta por la noche

No pérdida peso

No pérdida de apetito

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

No alergias

No medicinas (algún paracetamol en los catarrros)

Nunca ha recibido transfusiones

Comida variada

Intervenciones cada paciente las suyas sin relación con patología abdominal o digestiva

No bebe

En general, muy buena salud. El último análisis hace años.

ANTECEDENTES SOCIO-FAMILIARES

Trabajo: el real del paciente (excepto si trabaja con tóxicos, que no lo contará)

Entorno social: Clase media, es una persona sociable, hace unos 4-5 años vinieron a vivir a este barrio, antes vivía en otro barrio de esta misma ciudad.

Buenas relaciones familiares (familia propia y política).

Entorno familiar: el propio de cada actor sin problemas familiares ni de salud en su entorno

Personalidad, ideas, temores y expectativas: Persona optimista por naturaleza, extrovertido, siempre le ha ido bien en la vida, el trabajo y la familia. Quiere que sus hijos hagan una "carrera". No le preocupa su salud (es importante que no transmita sensación de preocupación en ningún momento) porque habitualmente se encuentra bien.

Proxémica / kinésica.: Naturalidad y cordialidad. Actitud abierta, expresividad en la cara y en los movimientos de las manos, mirada franca. El paciente cuando describe sus síntomas se señala el hipocondrio y flanco derechos con la mano derecha abierta.

Paralenguaje: el habitual del paciente sin preocupación aparente.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN DADA POR EL PACIENTE:

La información debe ser aportada de forma natural sin expresiones importantes de preocupación.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE ESTANDARIZADO:

Apariencia general: paciente bien aseado con ropa limpia, pero sin marcas ni lujos.

Necesario que lleve pantalones que se abrochen por delante.

Hallazgos en la exploración física: hepatomegalia y los correspondientes al PE

Retos de comunicación: Se realizará negociación “suave” buscando una receta de un privado cuando se haya acabado la entrevista. (ver Guía de Interpretación)

Anexo 3. Programa de selección Evoca: Ítems y ponderación

| | |
|--------------------------|-----|
| Puntualidad | 3.4 |
| Capacidad de Observación | 1.8 |
| Atención | 2.6 |
| Memoria inmediata | 2.6 |
| memoria reciente | 2.6 |
| memoria tardía | 3 |
| Asociación de ideas | 2.4 |
| Imaginación | 2 |
| Flexibilidad | 2.4 |
| Describe una escena | 1.6 |
| Expresión oral | 3 |
| Objetividad | 2.8 |
| Discreción | 2 |
| Madurez | 1.8 |
| Adaptabilidad | 2.8 |

| | |
|------------------------------|-----|
| Fiabilidad | 3.8 |
| Motivación | 3.6 |
| Cordialidad | 1.8 |
| Asertividad | 2.8 |
| Histrionismo | 3.6 |
| rasgo carácter depresivo | 2.8 |
| rasgo carácter maníaco | 2.8 |
| rasgo carácter ansiedad | 2.8 |
| Valoración Sistema Sanitario | 2.2 |

Anexo 4. Sesiones de entrenamiento del PE.

Primera Sesión (entrenador principal). 90 minutos

Objetivos:

Poner en marcha el trabajo en equipo
Presentación del caso
Trabajar con las UBIs

Contenidos:

Revisión del caso, comentado e interpretado por el actor

Identificación de las UBIs

Primera interpretación del rol

Tarea para casa: memorizar las UBIs

Segunda Sesión (entrenador principal). 90 minutos

Objetivos:

Aprender las UBIs
Familiarizarse con las preguntas
Practicar con las UBIs
Introducción a la exploración física

Contenidos:

Repaso de las UBIs memorizadas.

Valoración de las diferentes situaciones en las que se pueden dar UBIs.

Hacer tres interpretaciones del caso: Médico buen comunicador, directivo, parco en palabras.

Introducción a la exploración física

Demostración de exploración física en general

Tarea para casa: memorizar las UBIs. Estudiar listado evaluativo de exploración física

Tercera Sesión (entrenador principal). 90 minutos

| | |
|---|--|
| <p>Objetivos:</p> <p>Interpretación (rolplaying) de entrevistas</p> | <p>Contenidos:</p> <p>Dedicar toda la sesión a interpretar casos. (Médicos muy directivos, poco directivos, con baja reactividad, alta reactividad, asertivos, inseguros, amables, antipáticos...)</p> <p>Introducir los RETOS.</p> <p>Videograbación de las dos últimas entrevistas, con comentarios posteriores</p> <p>Practicar exploración física correcta/incorrecta</p> <p>Evaluar cumplimentación listado evaluativo</p> |
| <p>Tarea para casa: Revisar las entrevistas videograbadas. Estudiar listado evaluativo de exploración física</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>Cuarta Sesión (entrenador principal). 90 minutos</p> | |
| <p>Objetivos:</p> <p>Interpretación de múltiples entrevistas</p> <p>Diálogo con la PE sobre posibles variaciones de los casos</p> | <p>Contenidos:</p> <p>Videograbar cada entrevista</p> <p>Comentar con la PE cada aspecto, tanto de comunicación como de exactitud en la evaluación de la exploración física</p> <p>Introducir “trampas” (infringir normas para provocar al PE)</p> <p>Escribir un informe al entrenador complementario</p> |
| <p>Tarea para casa: visualizar las grabaciones y analizar qué es lo que no ha funcionado</p> | |

Quinta Sesión (entrenador complementario). 90 minutos

Objetivos:

Perfeccionar la interpretación de las entrevistas.

Trabajar la entrevista desde los distintos enfoques.

Aprender a controlar las situaciones inesperadas.

Recomendaciones finales

Contenidos:

Videograbación de las entrevistas

Comentarios sobre los diferentes enfoques de la entrevista.

Dar a conocer el material médico que se utilizará.

Conocer los efectos del maquillaje y vestuario.

Repaso de posibles situaciones imprevistas.

Recomendaciones finales

BASES PARA LA SIMULACIÓN DE UN PE:

1.- **Siempre con la misma actitud:** el PE siempre ha de interpretar el papel de la misma manera y con el mismo tono, independientemente del médico que le atienda. La conducta del PE y la forma como da la información, frente a diferentes actitudes médicas, ha de ser estable. No es lo mismo un médico pausado que otro impetuoso, pero las actitudes frente a ellos han de ser siempre iguales.

2.- **Dosificar esfuerzos:** El PE ha de dosificar su esfuerzo interpretativo. Ha de actuar representando el mismo rol ocho o diez veces por sesión durante diversas sesiones a la semana, siempre de la misma manera, con una concentración permanente para poder hacer las evaluaciones.

3.- **Absoluto control interpretativo:** el PE ha de tener un absoluto dominio interpretativo de su rol y poder simular el caso sin ningún tipo de dificultad (como si en realidad fuera el paciente).

Tengamos siempre presente que la forma de interpretar un papel en la metodología de la evaluación de la competencia clínica es completamente diferente, por ejemplo, al mundo del teatro. Las actuaciones en la ECC han de ser absolutamente realistas, sin ningún rasgo histriónico o "sobreinterpretativo".

Solo el control interpretativo permitirá centrar los esfuerzos en memorizar los aspectos a evaluar.

4.- **Dar siempre la misma información:** el PE siempre dará, de forma exacta, la misma información incluida en el listado evaluativo, frente a las preguntas correspondientes del médico, desde el primero hasta el último examinado.

Frente una pregunta o acción por parte del médico, si el paciente da más o menos información de la que tocaría dar, está haciendo una distorsión en la evaluación de la persona que se examina.

5.- **Conocer el diseño del caso:** cada PE interpretará un papel, cada papel ha estado diseñado con todos los aspectos relevantes bien especificados. Así, los PE recibirán información concreta escrita sobre el rol.

Guía de interpretación de un paciente estandarizado:

UBI de entrada obligatoria.

“Doctor, venia a verle porque me duele la barriga desde hace unos días”

UBI Negociación:

Cuando el profesional ya se esté despidiendo, el paciente dirá: **Doctor, aunque no tenga nada que ver con esto que le he contado, ¿Me podría hacer esta receta de calcio que me ha dado el ginecólogo?** Si el profesional pregunta al respecto se le explicará que en la revisión anual con su ginecólogo privado, le ha dicho que ahora a su edad es conveniente tomar calcio para prevenir la descalcificación de los huesos. Si el profesional no pregunta y la hace se le dará las gracias solamente. Si el profesional dice simplemente que no lo hace, se despedirá sin hacer ningún otro comentario. Siempre la negociación será amigable y educada.

UBI condicionada

Si el médico no me ha explorado, y me está diciendo ya lo que va a mandarme: recetas, pruebas u otra cosa (sin haberme tocado la barriga) **(UBI condicionada)**, le diré:

“¿Doctor, entonces hoy no es necesario que usted me mire la barriga? (sin dar la impresión de estar muy preocupada)

Si a pesar de ello, decide no explorarme, no insistiré y aceptaré que no es necesario explorar.

Es **IMPORTANTE** apuntar en la hoja de recogida de datos posterior a la entrevista, que ha sido necesario que diga esta UBI.

Identificación de la hepatomegalia

Sorpresa leve-moderada cuando le identifiquen la hepatomegalia. **Si le pregunta específicamente, deberá responder que nunca le han dicho que tuviera nada en el hígado y nunca le han hecho una Ecografía del abdomen.**

Si le pregunta dos o tres cosas al mismo tiempo

No debe responder y darle más de una respuesta en la misma pregunta. Responda a la primera cuestión, y después diga: perdone, que otra cosa me había usted preguntado?

Preguntas sobre otros síntomas o molestias o enfermedades que no están en el Caso

Debe decir que no lo presenta, o si no está muy seguro puede contestar “no me he fijado”...

Cualquier pregunta inesperada

Responda la verdad de su propia vida, siempre que no entre en contradicción con las informaciones de este caso, con amabilidad pero sin extenderse demasiado.

Actitud general ante el profesional

Siempre respetuosa. Mi actitud hacia el médico es muy positiva, como de un médico que me puede ayudar. Le hablo de usted, utilizando de vez en cuando la palabra Doctor. El saludo inicial y la despedida serán amables y respetuosos.

Anexo 5 Guión para la reunión de Expertos. Técnica de Grupo Nominal.

Etaapa preparatoria de la dinámica (equipo investigador):

Definir objetivos

Definir nivel de abstracción o especificidad

Diseño de preguntas (diferentes alternativas)

Testar las preguntas

Fases de la reunión (un investigador con el grupo de expertos):

1- Lectura del caso

2- Formular las preguntas.

3- Reflexión y anotaciones individuales.

4- Enunciado individual de las ideas, respuestas para cada pregunta.

Se anotan en papelógrafo. Cada miembro puede añadir alguna pero no discutir ninguna.

5- Periodo de discusión grupal.

Clarificar, añadir o eliminar alguna idea. Definir los criterios de calidad lo más operativamente posible. (Agrupación o no de los ítems).

6- Priorización de los ítems y ponderación posterior (individualmente y puede ser anónima)

Preguntas:

Para una consulta de 7 minutos, en este caso, con esta clínica de presentación:

¿Cuál sería la anamnesis mínima exigible?

¿Cuál sería la exploración de calidad mínima requerida?

¿Qué diagnóstico se consideraría adecuado ?

¿Cuál/es serían las exploraciones complementarias a realizar ?

¿Cuál sería la pauta terapéutica mínima ?

PONDERACION (sobre 10)

Anexo 6. Estándares del cuestionario GATHA-AUDIO

| Estándares del Cuestionario GATHA-AUDIO | Si / no |
|---|---------|
| Eje 1º.- Actitud/Características del Entrevistador | |
| 1 El profesional saluda al paciente | |
| 2 le llama por su nombre en algún momento | |
| 3 expresa verbalmente conocer sus sentimientos y preocupaciones | |
| 4 expresa no verbalmente conocer sus sentimientos y preocupaciones | |
| 5 le deja hablar sin interrumpirle en ningún momento | |
| 6 se expresa con seguridad | |
| 7 tiene en cuenta su opinión en todo momento | |
| 8 le permite preguntar o aclarar | |
| Eje 2º.- Tareas Comunicacionales | |
| 9 Sobre el motivo de consulta, al final de la entrevista se conoce la cronología | |
| 10 el origen o la causa | |
| 11 cómo afecta a su vida (actividades, familia, trabajo) | |
| 12 las expectativas del paciente respecto a la actuación del profesional | |
| 13 Sobre el propio paciente, el profesional conoce datos sobre su estado de ánimo | |

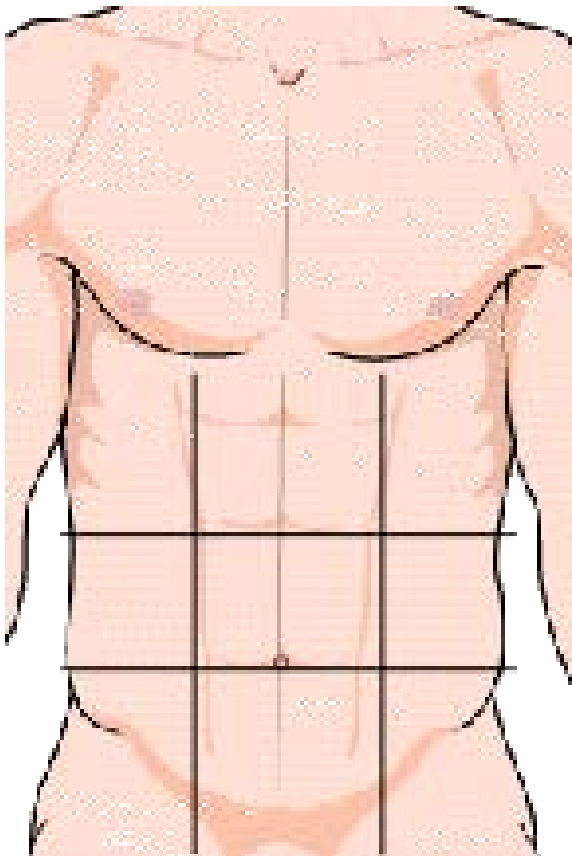
| | |
|---|--|
| 14 acontecimientos vitales estresantes | |
| 15 entorno sociofamiliar | |
| 16 el profesional aborda prevención o riesgos no relacionados con la demanda | |
| 17 informa sobre el diagnóstico, situación, plan de actuación, pautas previstas | |
| 18 invita al paciente a volver si lo cree necesario | |
| 19 se despide del paciente | |
| Eje 3º.- Habilidades Técnicas Comunicacionales | |
| 20 al apoyar la narración del paciente, hace algún señalamiento | |
| 21 utiliza respuestas evaluativas en la narración | |
| 22 EVITA dar instrucciones sin orientar el problema | |
| 23 EVITA seguridades prematuras | |

Anexo 7. Listado evaluativo Exploración Física Hepatomegalia

Referencia MEDICO/A: _____

Fecha: _____ Hora de cumplimentación: _____

| Item | Si | No |
|--|----|----|
| Auscultación respiratoria, al menos un foco en cada hemitórax | | |
| percusión superficial del abdomen (mínimo una vez) | | |
| Signo de rebote: Descompresión dolorosa (mínimo en un cuadrante: 4 o 7) | | |
| Puñopercusión lumbar: Bilateral | | |
| Ingurgitación yugular | | |
| Inspiración profunda durante la palpación profunda en HD (signo de Murphy) | | |
| Auscultación cardíaca (4 focos) | | |
| Auscultar el abdomen (mínimo una aplicación del fonendo) | | |



Señalar con un círculo dónde se ha hecho una palpación superficial

