

EVALUACIÓN: EL USO DE PACIENTES ESTANDARIZADOS EN LA EDUCACIÓN MÉDICA EN ESTADOS UNIDOS

ALEJANDRO J. GARCÍA*

Resumen

Se hace una breve introducción sobre conceptos generales de evaluación de competencia clínica. Luego, una reseña de la historia del uso de pacientes estandarizados en Estados Unidos, y finalmente se describe su utilización en un lugar específico (Drexel University College of Medicine, Filadelfia, EUA).

Palabras clave: educación médica, evaluación, pacientes estandarizados.

THE USE OF STANDARDIZED PATIENTS IN MEDICAL EDUCATION IN THE UNITED STATES

Summary

A short introduction explains the general concept of clinical competence assessment; it is followed by a summary report on the use of standardized patients in the United States; finally, a description is made of its utilization in a specific institution (Drexel University College of Medicine, Philadelphia, USA).

Key words: *medical education, assessment, standardized patients.*

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos de la educación médica es el desarrollo de métodos de evaluación de residentes y estudiantes que sean claros, orientados a objetivos, comparables y confiables. El uso de pacientes estandarizados es una herramienta que se ha utilizado desde hace varios años con este propósito.

EVALUACIÓN DE COMPETENCIA EN CLÍNICA

Hoy se les exige a las evaluaciones, sobre todo en nivel de estudiantes de grado o residentes, que tengan valor formativo y que sean útiles en la investigación pedagógica.

La **pirámide de la competencia** de Miller esque-

matiza diferentes aspectos de la evaluación de competencias clínicas:¹

PE = Pacientes estandarizados

Los elementos en la base (sabe y conoce cómo) pueden ser evaluados por exámenes escritos. Pero estos exámenes no son apropiados para evaluar competencia clínica (muestra cómo) porque este factor se expresa a través de conductas e implica demostración. Otro objetivo importante es la evaluación de la competencia clínica de los médicos mientras desarrollan su trabajo.

Una manera de encarar la evaluación en los otros niveles es el uso de pacientes estandarizados (PE) en un examen clínico, que es el tema que consideraremos.

* Becario del *American College of Physicians*. Correo electrónico: alegar@cimero.org.ar



Pacientes estandarizados

Los PE son individuos entrenados para desempeñar el rol de un paciente en un escenario apropiado con el propósito de enseñanza o evaluación de estudiantes de medicina, residentes o médicos en general. De modo que esta técnica puede utilizarse en escuelas de medicina, programas de residencia, instituciones de certificación, etc.

Los escenarios simulados proveen un medio seguro y controlado, adecuado para satisfacer los requerimientos de evaluación, así como para educación.

Los PE pueden tener ventajas sobre otros métodos convencionales de educación. Una de ellas es evitar poner a pacientes reales en la tensión propia de múltiples encuentros repetidos con estudiantes o residentes para evaluación o enseñanza. Un mismo PE, siendo un profesional, puede realizar muchas veces el mismo rol, posibilitando la evaluación de un número importante de sujetos. De esta manera permite que la evaluación se haga en condiciones similares para todos los candidatos. Una vez entrenado el personal adecuado, pueden estar disponibles representaciones de diversas situaciones. También pueden recibir entrenamiento para llenar planillas de evaluación e incluso para devolver impresiones sobre el proceso.

Algunas veces, el entrenamiento está tan bien logrado que un PE puede pasar inadvertido en el consultorio de un médico que no conoce si se trata de un paciente real o no. Idealmente los PE deben tener

nociones sobre obtención de historia clínica, actitudes, lenguaje corporal y respuestas emocionales en el área específica en la que están actuando.

Historia del uso de PE en los Estados Unidos

Alrededor de finales de la década del 60 podemos encontrar referencias de este método. Desde entonces se verificó un importante desarrollo y ha ganado amplia aceptación.^{2,3}

En 1964 se publicó *El paciente programado. Una técnica para valorar la performance de estudiantes en neurología*.⁴ Estos primeros tiempos no fueron fáciles para su autor (Howard S. Barrows) debido a las críticas que afrontó. Principalmente se cuestionaba lo artificial del método, su costo, el largo tiempo requerido para entrenar el paciente, el limitado número de situaciones susceptibles de ser simuladas, etc. Pero continuó trabajando, en gran medida, por la gran aceptación que encontró en los estudiantes.

En los años setenta, Barrows organizó varios seminarios utilizando PE. Un ulterior agregado fue el llamado "tiempo adentro" y "afuera" para permitir a los participantes detener en algún momento la entrevista y discutir lo que pareciera importante.

Un aspecto importante era el propósito de enseñar a los alumnos a actuar de la misma manera en que lo hacen los médicos en la vida real; es decir, no con una

historia y examen detallados de larga duración, sino efectuando las preguntas y maniobras apropiadas para un paciente específico en un período limitado de tiempo.

A principios de los ochenta Barrows comenzó a utilizar PE en la currícula de los programas de educación médica en la Universidad del Sur de Illinois (SIU), y a difundir esta técnica en otras universidades de los Estados Unidos.

Durante 1991 y 1992 se crearon seis consorcios con el propósito de cooperación entre facultades de medicina para diseño y utilización de PE en los llamados CPX, que son exámenes de práctica clínica para sus estudiantes. Éstas y otras organizaciones sumaban, al finalizar la década de los noventa, dos tercios de las escuelas médicas en los Estados Unidos.

La expansión del uso de PE en educación médica

En 1993, ciento once de ciento cuarenta y dos escuelas médicas relevadas (78%) empleaban el método de PE para enseñanza y evaluación.

En las últimas décadas hubo al mismo tiempo un gran desarrollo en evaluación de la competencia. En relación a esto tenemos hoy en día diferentes herramientas, una de las cuales es el Examen Clínico Estructurado en base a Objetivos (OSCE) y otros exámenes de práctica clínica.

El OSCE fue desarrollado en Gran Bretaña y es utilizado en escuelas de medicina y en evaluación de graduados extranjeros. Se basa en estaciones cortas que analizan habilidades clínicas individualmente por separado, y pueden o no incluir PE.

La acumulación de experiencia llevó a la publicación de importantes revisiones que han ayudado a resolver la discusión sobre confiabilidad y validez de los exámenes basados en PE hechos en gran escala.⁶

A fines de los noventa el Consejo Educativo para Graduados Médicos Extranjeros (ECFMG) condujo un proyecto de evaluación de graduados extranjeros que estaban en residencias médicas de EUA.⁷

Desde 1995 se emplean los PE para los exámenes llamados USMLE, cuya aprobación es un requisito para

ejercer la medicina en EUA, tanto para graduados extranjeros como nacionales.

También hubo interés sobre PE en otros países fuera de EUA, y hoy en día esta técnica se discute o aplica en Canadá, Escocia, Australia, Holanda, Suiza, etc. Hay trabajos sobre la introducción de PE en China, y la OMS junto con otras organizaciones ha asistido a Israel, España, Rusia, Ucrania y Brasil en el desarrollo de programas de PE de acuerdo a sus diferentes necesidades.

De modo que se puede decir que desde sus comienzos hace 30 años ha habido un notable crecimiento y difusión del uso de PE. Este fenómeno está establecido como una herramienta educativa difícil de ser reemplazada, y como una nueva disciplina que tiene cada vez mas estudiosos en su desarrollo.

La evaluación en el ámbito de las residencias médicas

Desde el punto de vista de formación de médicos, las residencias han cumplido un papel insustituible en las últimas décadas. Desde un inicio, el sistema de residencias ha sido un instrumento formidable para la formación en conocimientos y en habilidades. Pero también se pretende hoy una formación en cuestiones vinculadas con actitudes relacionadas al llamado profesionalismo.

La elaboración del Proyecto de Profesionalismo Médico de la Federación Europea de Medicina Interna junto con el *American Board of Internal Medicine* (ABIM) y el *American College of Physicians* (ACP) está basado en tres principios y diez compromisos; ha sido publicado simultáneamente en *Annals of Internal Medicine*⁸ y en *Lancet*. Este cuerpo forma la base de esta propuesta. Si bien es una producción no elaborada en nuestro país o en la realidad de Latinoamérica, incluye elementos que son universales y puede ser de interés para nosotros discutirlos o generar guías propias.

Profesionalismo Médico: Principios propuestos

- 1- Beneficio de los enfermos (Altruismo)
- 2- Autonomía de los pacientes
- 3- Justicia social

Diez compromisos sobre profesionalismo médico:

- | | |
|--|--|
| 1- Mantenimiento de la competencia | 6- Incremento de los conocimientos científicos |
| 2- Confidencialidad | 7- Mejora de la calidad de los cuidados |
| 3- Honestidad | 8- Distribución justa de los recursos |
| 4- Adecuada relación médico / paciente | 9- Favorecer el acceso a los cuidados |
| 5- Responsabilidad profesional | 10- Declaración de conflictos de interés |

Ahora bien: este profesionalismo se puede aprender, no es una característica innata de algunos con dotes de mayor clarividencia. Así como nos formamos en otros aspectos de la medicina, también es posible mejorar en éste.

Siguiendo esta orientación se promulgaron también normativas que deben cumplir todos los programas de residencias.

Requisitos formativos de las residencias médicas:

- 1- Cuidados del paciente
- 2- Conocimientos médicos
- 3- Habilidades de comunicación e interpersonales
- 4- Profesionalismo
- 5- Aprendizaje y progreso basado en la práctica
- 6- Práctica basada en los sistemas de salud

El método de PE es muy apropiado para este objetivo sin descuidar la educación en un sólido profesionalismo. Como ejemplo de su implementación podemos relatar la experiencia realizada en el marco del programa de PE de la Escuela de Medicina de Drexel (Pensilvania, EUA).

En esta institución existe desde 1985 un laboratorio de PE. En 1996 comenzó a requerirse a los residentes de Medicina de primer año una evaluación de actividades clínicas con PE. Esto suplantó una evaluación que se hacía previamente mediante la observación de cómo un residente tomaba una historia clínica completa, hacía un examen y una evaluación de un paciente real. En 2005 participaron 304 residentes provenientes de 18 programas de residencias en Medicina Interna, Medicina Familiar y Obstetricia y Ginecología.

El laboratorio cuenta con 10 gabinetes o consul-

torios, en los cuales hay un sistema de video. También hay una sala central que permite observar los distintos residentes mientras tienen las entrevistas. El video sirve para que el mismo residente pueda apreciar su desempeño.

En una jornada típica cada residente pasa por 10 estaciones. Se presentan distintos tipos de casos con objetivos que van desde evaluar habilidades sobre recabar información, provisión e información y consejos al paciente, examen físico, análisis de estudios complementarios, elaboración de diagnósticos diferenciales. No todos los casos presentan los mismos objetivos de evaluación. Cada encuentro dura unos diez minutos, hay cinco minutos entre uno y otro para que el residente complete un breve cuestionario y que el paciente ingrese datos sobre el desempeño. Al final de los diez encuentros hay una reunión con docentes para comentar la actividad. Los videos quedan disponibles para los distintos programas de residencias.

Se elaboran estadísticas individuales y generales sobre los distintos ítems estudiados que son analizados con ayuda de un *software* diseñado especialmente.

Los casos son elaborados y discutidos por el cuerpo docente antes de entrenar a los pacientes estandarizados. Habitualmente esta actividad se hace anualmente, y en ella se seleccionan los casos, se establece cuáles de los casos previamente empleados se van a utilizar, se evalúan casos nuevos y se proponen proyectos de investigación en el área educativa.

Como se dijo, existen muchos métodos que permiten calibrar el resultado de la educación médica. Éste es uno de ellos, con el que se pueden profundizar algunos de los aspectos de la formación. Los otros métodos siguen siendo útiles para estimar el desempeño médico.

En algunos casos, los únicos métodos posibles –de acuerdo a los recursos– son los métodos tradicionales, como los exámenes escritos con respuesta sugerida, o los exámenes orales.

Lo que se intenta describir aquí es una metodolo-

gía usada en instituciones médicas de los EUA y de otros países para dar respuesta a nuevos desafíos de la educación.

(Recibido: julio de 2006. Aceptado:
septiembre de 2006)

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller GE. *The assessment of clinical skills/competence/performance*. Acad Med 65: S63-7, 1990.
2. Wallace P. *Following the threads of an innovation: The history of standardized patients in medical education*. Caduceus 13(2): 5-28, 1997.
3. Barrows HS. *An overview of the uses of standardized patients for tracing and evaluating clinical skills*. Acad Med 68: 443-53, 1993.
4. Barrows HS. *The programmed patient: a technique for appraising student performance in Neurology*. J Med Educ 39: 802-5, 1964.
5. Van der Vleuten C, Swanson DB. *Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art*. Teach Learn Med 2: 58-76, 1990.
6. Viet Vu N, Barrows HS. *Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurements findings*. Educ Res 23: 23-30, 1994.
7. Ziva A, Ben David MF, Sutnick A, Gary NE. *Lessons learned from 6 years of international administrations of the ECFMG's Standardized Patients based clinical skills assessment*. Acad Med 73: 84-91, 1998.
8. ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium; a Physician Charter*. Ann Intern Med 136: 243-6, 2002.

Nadie ofrece tanto como el que no piensa cumplir.

QUEVEDO

El honor del hombre consiste en no tocar los bienes ajenos; el de la mujer, en no dejarse tocar los bienes propios.

RENATO TADDEI