

El paciente en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la universidad médica cubana. Parte II: Punto de vista médico

The patient in the teaching-learning process at the Cuban medical university. Part II: Medical perspective

MSc.Dr. Francisco L. Moreno-Martínez¹ , Dr.C. Gonzalo González Hernández²  y
Dr.C. José O. Enríquez Clavero³ 

¹ Servicio de Cardiología, Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Centro de Estudios de Educación de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

³ Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Recibido: 22 de marzo de 2021

Aceptado: 6 de mayo de 2021

Online: 21 de junio de 2021

Full English text is also available

Palabras clave: Proceso de enseñanza-aprendizaje, Medios de enseñanza, Pacientes, Ética
Key words: Teaching-learning process, Teaching aids, Patients, Ethics

Sr. Editor:

En la primera parte de este artículo se abordaron varios conceptos y la opinión de los autores, desde una óptica didáctica, respecto a la posición que ocupa el paciente en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la universidad médica cubana¹. Ahora concierne opinar desde el punto de vista médico.

Fernández Sacasas^{2,3}, al citar a varios reconocidos autores, donde destaca al cubano Fidel Ilizástigui Dupuy, expresa algunas ideas al respecto (**Ta-bla**). Además, plantea que: “El mejor sistema de enseñanza es aquel que favorece un temprano encuentro de los educandos con los pacientes y los problemas de salud en los escenarios reales, un activo protagonismo de los estudiantes, los profesores actuando como modelos profesionales a ser replicados, y orientando y dirigiendo el aprendizaje de los alumnos”².

No hay nada como palpar unos nódulos de Osler,

unos dedos en palillo de tambor o deformados por artritis reumatoide; ver el reflujo hepato-yugular cuando se comprime gentilmente un hígado de estasis; una reacción extrapiramidal en un niño, con el uso de metoclopramida; comprimir una arteria femoral puncionada, tras un cateterismo cardíaco, a la vez que se palpa el pulso pedio —o tibial posterior— para garantizar que la compresión sea tan fuerte como para evitar la hemorragia y, a la vez, tan débil como para permitir el flujo distal; percibir en los dedos del médico la «rotura» de la dura madre cuando se avanza el trócar a través de las vértebras para realizar una punción lumbar; devolverle la respiración a un paciente con un neumotórax a tensión tras una pleurostomía mínima urgente, hecha con una aguja y un dedo de guante mojado, para que funcione como válvula de escape; percibir el olor del líquido amniótico, salpicarte de él y recibir en tus brazos una nueva vida..., por solo mencionar algunos ejemplos.

Estas cosas son, aunque no imposibles, de difícil reproducción, porque no es lo mismo una maqueta o un dispositivo simulador, que una persona enferma. Existe otro tipo de simuladores, que son actores entrenados y contribuyen a preparar al educando en el interrogatorio, o personas realmente enfermas —con un determinado signo clínico— que se brindan voluntariamente a ser explorados⁴ y representan una inestimable ayuda para adquirir habilidades en el

✉ FL Moreno-Martínez

Cardiocentro Ernesto Che Guevara
Calle Cuba N° 610, e/ Barcelona y Capitán Velasco
Santa Clara 50200. Villa Clara, Cuba.
Correo electrónico: revista.corsalud@gmail.com

Contenido relacionado:

<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/802>

Tabla. Frases de varios autores, mencionadas por Fernández Sacasas^{2,3}.

Autor	Frase
William Osler	La Medicina se aprende al lado del enfermo y no en el aula.
Carlos Jiménez Díaz	La condición más importante de la enseñanza de la medicina es su objetividad, el contacto real del estudiante con el objeto de estudio, desde sus primeros pasos en la carrera.
Fidel Ilizástigui Dupuy	Cada persona es igual a las demás (tiene los mismos órganos, pertenece al mismo género), pero es a la vez diferente, puesto que su construcción genética es diferente (la excepción conocida son los gemelos univitelinos) y su medio ambiente tiene siempre peculiaridades individuales, aunque se trate de hermanos. Cada persona es única, y no ha existido ni existirá otra igual. Por esta razón la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aun teniendo la misma afección. Se trata en cada caso de un experimento nuevo de la naturaleza.
José Fernández Sacasas	La educación en el trabajo constituye la llave maestra de nuestra didáctica para concretar la enseñanza-aprendizaje de las ciencias médicas centrada en la interacción de profesores y alumnos con el objeto de estudio.
Fidel Ilizástigui Dupuy	Los conocimientos se registran en la literatura y pueden aprenderse en ausencia del paciente y sin auxilio de maestros. Las habilidades, solo pueden perfeccionarse trabajando acuciosamente con los enfermos y solo pueden transmitirse de persona a persona.
Fidel Ilizástigui Dupuy	La medicina no se aprende por conferencias ni por charlas, se necesita (...) orientación pedagógica (...) y educación en el trabajo. No se forma a los estudiantes con clases teóricas (...), sino inmersos educacionalmente en la actividad práctica.
José Martí	(...) no hay mejor sistema de educación que aquel que prepara (al niño) a aprender por sí. Asegúrese a cada hombre el ejercicio de sí propio.
Fidel Ilizástigui Dupuy	Hoy como ayer, pero por razones diferentes, se impone un nuevo llamado para que los médicos y otros profesionales de la salud regresen a cumplir el legado hipocrático de la educación a la cabecera del enfermo. Ayer fue necesario porque había poca ciencia, hoy porque existe demasiada ciencia.
Fidel Ilizástigui Dupuy	La educación médica es un proceso continuo para toda la vida del profesional.
Fidel Ilizástigui Dupuy	La educación en el trabajo es el principio rector de la Educación Médica Cubana.

examen físico; sin embargo, la preferencia de estudiantes y profesores sigue siendo el contacto con pacientes reales⁵.

En las sesiones clínico-patológicas y clínico-radiológicas, donde mucho se aprende, independientemente del nivel profesional alcanzado, no está el paciente, solo los datos de su historia clínica y sus exámenes complementarios; pero el paciente es el centro de atención.

Y qué decir de los laboratorios de anatomía y las sesiones de «piezas frescas»... solo recordar una frase antológica que demuestra que el cuerpo humano es un medio de enseñanza. Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), el célebre médico italiano⁶ —considerado por Virchow como el padre de la Anatomía Patológica moderna—, al referirse a esta especialidad como ciencia y al recinto donde yace el cuerpo inerte del paciente fallecido, dijo: “Este es el único lugar donde la muerte goza socorriendo a la vida”⁷. Y no hay nada más cierto al respecto. En la mesa de Mor-

gagni podemos aprender de nuestros aciertos y errores en el binomio de diagnóstico y tratamiento; una vez que, a pesar de nuestro esfuerzo, resultó imposible conservar la vida.

Por todas estas razones, el paciente es y seguirá siendo un medio de enseñanza. Lo que se ha logrado con los simuladores (maniqués, maquetas, dispositivos o humanos) es retrasar el contacto entre el aprendiz (estudiante, residente o médico recién graduado) y el paciente real; una vez que el primero ha adquirido habilidades «suficientes» como para que, bajo estricta supervisión, realice su primera «intervención» en un verdadero enfermo.

No es nuestro interés criticar estos métodos alternativos de enseñanza-aprendizaje, pues está reconocida su gran utilidad⁸⁻¹²; lo que se pretende es subrayar la importancia del «paciente». Nosotros, como Proaño y Ruiz¹³, defendemos la combinación de ambos medios de enseñanza (pacientes reales y simulados) en este proceso. Lo que hay que garantizar

siempre es la seguridad del paciente, que nunca debe quedar expuesto a un riesgo (iatrogenia), y eso se garantiza con la acuciosa supervisión de un profesor experimentado. El primer y más antiguo método del conocimiento es la observación. Por ahí se empieza. Luego se ayuda al especialista, posteriormente se dan los primeros pasos como «primer operador» en técnicas o procedimientos sencillos, y así sucesiva y paulatinamente se va progresando a intervenciones de mayor complejidad. Por eso, Bokken *et al.*¹⁴, plantean que la elección del contacto con pacientes reales o simulados, para la educación médica, depende de la fase del plan de estudio y el objetivo del encuentro. Cordero-Escobar¹⁵, por su parte, plantea que el paciente es el medio de enseñanza fundamental del médico y, posteriormente, destaca el papel de los simuladores para crear habilidades en los residentes de anestesiología, antes del contacto real con los pacientes, lo que disminuye la posibilidad de errores o complicaciones en la realización de procedimientos.

Varios autores han comentado el beneficio del aprendizaje cuando se hace con pacientes reales^{3,16,17}, y su superioridad cuando se compara con simuladores¹⁸⁻²⁰. El plan de estudios de la Facultad de Medicina de Leiden, en Holanda, implementó dos clases prácticas de aprendizaje, no obligatorias, con pacientes reales¹⁸, integradas en el bloque preclínico de trastornos músculo-esqueléticos. Su análisis demostró que el aprendizaje con pacientes reales tiene un efecto positivo en el desempeño y el razonamiento clínico de los estudiantes. Los autores concluyeron que la introducción temprana de la enfermedad músculo-esquelética «real», vinculada con la enseñanza de conocimientos teóricos en la educación médica preclínica, podría ser un paso importante hacia el reconocimiento temprano de las enfermedades inflamatorias y la aplicación del tratamiento oportuno, lo que favorecería un mejor pronóstico de los pacientes.

Li *et al.*¹⁹, plantean que tanto los pacientes reales como los casos presentados por vía digital son útiles para mejorar las habilidades clínicas en la especialidad de dermatología; sin embargo, los pacientes reales proporcionaron mayores beneficios a los estudiantes. Por su parte, Carty *et al.*⁵, en un estudio realizado en Irlanda con pacientes embarazadas, puérperas y con enfermedades ginecológicas, encontraron que la reacción de ellas hacia la enseñanza «a la cabecera del enfermo» fue altruista y positiva, y reconocieron su importancia en la docencia. Esta investigación confirma el concepto del aprendi-

zaje centrado en el paciente y asegura que los propios enfermos apoyan su continuación como un componente integral en la educación médica.

Reinders *et al.*²⁰, analizaron la fiabilidad de las evaluaciones de la capacidad de consulta de médicos generales en práctica, al atender a pacientes reales o simulados, y encontraron que las evaluaciones de las consultas con los primeros fueron más confiables que las realizadas a pacientes simulados. Se requirieron dos evaluadores y cinco consultas para lograr una fiabilidad mínima con los pacientes reales, mientras que con los simulados se necesitaron tres evaluadores y treinta consultas. En este sentido, van Unen *et al.*²¹, analizaron la utilidad de incorporar consultas terapéuticas estructuradas, con pacientes reales, en medicina interna, y encontraron que es factible y vale la pena; pues representa un paso importante para mejorar las habilidades y conocimientos respecto a la prescripción de medicamentos en los médicos jóvenes y los residentes, lo que reducirá sus errores terapéuticos después de graduados.

Huang *et al.*²², evaluaron si el juego de roles de pacientes reales podía mejorar el rendimiento clínico de los estudiantes de medicina. Emplearon 26 alumnos como voluntarios, quienes se estudiaron la historia clínica e interrogaron al paciente que iban a representar, mientras que otros 72 solo actuaron como «médicos». Ambos grupos interactuaron entre sí, como si estuvieran atendiendo a un paciente real. Todos los estudiantes fueron evaluados mediante ejercicios de apreciación clínica antes y después del programa de entrenamiento, que duró 4 semanas. Al concluirlo, los autores encontraron que los estudiantes que representaron a los pacientes reales obtuvieron mejores calificaciones ($p=0,028$) y alcanzaron una mayor competencia clínica ($p=0,030$) respecto a los demás. Este resultado lo atribuyen a varias razones, entre ellas, que asumir el papel del paciente —es decir, ponerse en su lugar—: a) alienta a los estudiantes de medicina a ver la situación desde perspectivas diferentes, lo que conduce a una mejor comprensión de las preocupaciones de los enfermos; b) mejora la empatía y la relación médico-paciente; y c) favorece la consideración de los aspectos psicológicos y sociales que también forman parte del proceso salud-enfermedad; además, d) aumenta la profesionalidad y el desempeño de los estudiantes y, en consecuencia, la calidad de la atención médica.

Por eso, Gormley *et al.*¹⁷ reconocen que los docentes deben afrontar los retos de utilizar pacientes rea-

les para enseñar y evaluar las técnicas del examen físico. Al no hacerlo, algunos estudiantes pueden ignorar aspectos de la experiencia clínica en su formación. De ahí que Barr *et al.*²³, plantearan que estudiantes y profesores deben perseguir activamente el acceso y el aprendizaje desde el recurso más valioso: el paciente.

En la universidad médica cubana se cumplen todos los preceptos mencionados anteriormente y lo que proponen las investigaciones descritas en este artículo coinciden con lo que ocurre a diario en Cuba, porque los estudiantes inician el contacto directo con los pacientes tempranamente, en sus escenarios reales, una vez vencidos los conocimientos del ciclo básico. En ese momento, se incorporan a los hospitales y policlínicos docentes donde rotan por las diferentes especialidades, siempre guiados por un estudiante de último año de la carrera (interno), un residente y un especialista con categoría docente, que es el principal responsable de dirigir la educación en el trabajo.

Los pacientes, por su parte, conocen las condiciones del hospital universitario y pueden aceptar o negarse a la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, donde intervenga algún profesional en formación, mediante el derecho que le confiere el consentimiento informado y los principios bioéticos de autonomía y autodeterminación²⁴.

En síntesis, en la universidad médica cubana, el hospital y la consulta externa constituyen escenarios docentes en los que el paciente, previo consentimiento informado, es el principal medio de enseñanza. Estas son las razones por las que se puede considerar "...innegable que en la utilización de pacientes reales en el proceso (de enseñanza-aprendizaje) radica gran parte del éxito del modelo cubano de formación de recursos humanos en el sector de la salud"¹.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enríquez Clavero JO, González Hernández G, Moreno-Martínez FL. El paciente en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la universidad médica cubana. Parte I: Punto de vista didáctico CorSalud [Internet]. 2021 [citado 10 Mar 2021];13(1):

118-123. Disponible en:

<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/802/1331>

2. Fernández Sacasas JA. La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. Educ Med Super [Internet]. 2012 [citado 10 Mar 2021];26(3). Disponible en:

<http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/54/44>

3. Fernández Sacasas JA. Consideraciones sobre el aporte a la educación médica cubana del Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. Edumecentro [Internet]. 2012 [citado 10 Mar 2021];4(1):104-112. Disponible en:

<http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/160/324>

4. Shankar PR, Dwivedi NR. Standardized patient's views about their role in the teaching-learning process of undergraduate basic science medical students. J Clin Diagn Res. 2016;10(6):JC01-JC05. [DOI]

5. Carty M, O'Riordan N, Ivers M, Higgins MF. Patient perspectives of bedside teaching in an obstetrics, Gynaecology and neonatology hospital. BMC Med Educ [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2021];20(1):111. Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02016-5>

6. Ghosh SK. Giovanni Battista Morgagni (1682-1771): father of pathologic anatomy and pioneer of modern medicine. Anat Sci Int. 2017;92(3):305-12. [DOI]

7. Fernández-Britto Rodríguez JE. Aterosclerosis [Conferencia Magistral]. X Fórum Científico Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas. Matanzas, Cuba, 19-20 Dic 1991.

8. Isaza-Restrepo A, Gómez MT, Cifuentes G, Argüello A. The virtual patient as a learning tool: a mixed quantitative qualitative study. BMC Med Educ [Internet]. 2018 [citado 15 Mar 2021];18(1):297. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1395-8>

9. Guarnizo Chávez AJ. Vicisitudes y retos pedagógicos en medio de la emergencia sanitaria. La formación médica en tiempos de COVID-19. Educ Méd. 2021;22(Supl 1):23-6. [DOI]

10. DeSipio J, Gaughan J, Perlis S, Phadtare S. Use of real patients and patient-simulation-based methodologies for teaching gastroenterology to pre-clinical medical students. Healthcare (Basel) [Internet]. 2018 [citado 18 Mar 2021];6(2):61. Disponible en:

<https://doi.org/10.3390/healthcare6020061>

11. Kunisch R, Zimmermann P, Berges N, Nitzschke M, Schweiger F, Seidl M, *et al.* Learning in peer teaching of patient relations and communication skills at the "Anamnesegruppen" Munich – proof-of-concept and lessons learned. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2021 [citado 18 Mar 2021];38(1):Doc4. Disponible en: <https://doi.org/10.3205/zma001400>
12. Amiras D, Hurkxkens TJ, Figueroa D, Pratt PJ, Pitrola B, Watura C, *et al.* Augmented reality simulator for CT-guided interventions. *Eur Radiol.* 2021;31(12):8897-902. [DOI]
13. Proaño A, Ruiz EF. What medical students need: Virtual patients or real patients? *Med Teach.* 2015; 37(2):202. [DOI]
14. Bokken L, Rethans JJ, Jobsis Q, Duvivier R, Scherpbier A, van der Vleuten C. Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education: a randomized experiment. *Acad Med.* 2010;85(1):148-54. [DOI]
15. Cordero-Escobar I. Los medios de enseñanza en anestesiología y reanimación. *Rev Mex Anest.* 2021;44(1):5-7. [DOI]
16. Abali EE, Rashid H, Copeland HL, Calt M, DeMaio R, Patel J, *et al.* Shaping Perceptions of basic science education by utilizing real patient encounters. *Med Sci Educ.* 2020;30(2):791-800. [DOI]
17. Gormley GJ, McCusker D, Booley MA, McNeice A. The use of real patients in OSCEs: a survey of medical students' predictions and opinions. *Med Teach.* 2011;33(8):684. [DOI]
18. de Boer A, Melchers D, Vink S, Dekker F, Beart L, de Jong Z. Real patient learning integrated in a preclinical block musculoskeletal disorders. Does it make a difference? *Clin Rheumatol.* 2011;30(8): 1029-37. [DOI]
19. Li J, Li QL, Li J, Chen ML, Xie HF, Li YP, *et al.* Comparison of three problem-based learning conditions (real patients, digital and paper) with lecture-based learning in a dermatology course: a prospective randomized study from China. *Med Teach.* 2013;35(2):e963-70. [DOI]
20. Reinders ME, Blankenstein AH, van Marwijk HW, Knol DL, Ram P, van der Horst HE, *et al.* Reliability of consultation skills assessments using standardised versus real patients. *Med Educ.* 2011; 45(6):578-84. [DOI] <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03917.x>
21. van Unen RJ, Tichelaar J, Schneider AJ, Geijteman EC, Nanayakkara PW, Thijs A, *et al.* The feasibility of incorporating structured therapeutic consultations with real patients into the clinical clerkship internal medicine. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol.* 2012;385(11):1111-6. [DOI]
22. Huang LJ, Huang HC, Chuang CL, Chang SL, Tsai HC, Lu DY, *et al.* Role-play of real patients improves the clinical performance of medical students. *J Chin Med Assoc.* 2021;84(2):183-90. [DOI]
23. Barr J, Ogden K, Robertson I, Martin J. Exploring how differently patients and clinical tutors see the same consultation: building evidence for inclusion of real patient feedback in medical education. *BMC Med Educ* [Internet]. 2021 [citado 21 Mar 2021];21(1):246. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02654-3>
24. Momblanc LC, Mendoza Pérez JC. El consentimiento informado y la autonomía del paciente en Cuba. Un binomio indispensable. *Opin Juríd.* 2021; 20(42):321-47. [DOI]