

- sión en situaciones de emergencia. In: Ortega Carnicer J, Perales N, editores. *Avances en emergencias y resucitación*, Vol. 3. Barcelona: EdikaMed; 1998.
- American Heart Association, in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. An international consensus on science. *Resuscitation*. 2000;46:1-447.
 - European Resuscitation Council (ERC). Guidelines for resuscitation 2005. *Resuscitation*. 2005;67S1:S1-2.
 - Chamberlain D, Smith A, Woollard M, Colquhoun M, Handley AJ, Leaves S, et al. Trials of teaching methods in basic life support (3): Comparison of simulated CPR performance after first training and at 6 months, with a note on the value of re-training. *Resuscitation*. 2002;53:179-87.
 - International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Education in resuscitation. *Resuscitation*. 2003;59:11-43.
 - Jansen JJ, Berden HJ, Van der Vleuten CP, Grol RP, Rethans J, Verhoeff CP, et al. Evaluation of cardiopulmonary resuscitation skills of general practitioners using different methods. *Resuscitation*. 1997;34:35-41.
 - Wik L, Twosen J, Steen PA. An automated voice advisory manikin system for training in basic life support without an approach to CPR training. *Resuscitation*. 2001;50:167-72.
 - Lester CA, Morgan CL, Donnelly PD, Assar D, et al. Assessing with CARE: An innovative method of testing the approach and casualty assessment components of basic life support, using video recording. *Resuscitation*. 1997;34:43-9.
 - Whitfield RH, Newcombe RG, Woollard M. Reliability of the Cardiff test of basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*. 2003;59:291-314.
 - Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:423-9.

doi:10.1016/j.aprim.2009.03.006

COMENTARIO EDITORIAL

Necesidad de evaluar la competencia profesional con instrumentos validados

The need to assess professional competence with validated tools

Matilde Ezquerro Lezcano

Unidad Docente de MFyC, Consorcio Sanitario de Terrassa, Barcelona, España

Uno de los aspectos claves del profesionalismo es el mantenimiento de la competencia profesional, disponer y mantener estándares de calidad de los que se pueda rendir cuentas, tanto a nivel particular como a nivel de equipo y de la profesión en su conjunto¹. Este compromiso social, que conlleva la obligatoriedad de mantenerse permanentemente adaptado a los cambios de los entornos científicotécnicos y del contexto laboral, debe conseguirse mediante un buen desarrollo profesional continuo (DPC). Un elemento nuclear del DPC es la formación médica continuada.

La base principal para la planificación de las actividades del DPC debe ser la práctica clínica y las necesidades de salud pública. Es conocida la relación inversa que existe entre años de práctica profesional y la calidad de la atención prestada. La necesidad del mantenimiento de la competencia en soporte vital básico (SVB) y desfibrilación semiautomática (DSA) está ampliamente documentada y, por tanto, está justificada la realización de actividades de formación médica en este ámbito. El intervalo óptimo en el que hay que repetir el aprendizaje en SVB y DSA no está bien establecido; parece ser necesario actualizar esta formación frecuentemente si los profesionales no practican esta actividad de forma regular².

Tal y como recogen los estándares de la World Federation Medical Education (WFME), la profesión médica debe establecer mecanismos para la evaluación de las actividades del DPC y para la valoración del aprendizaje resultante³; de esta forma, será posible garantizar que los profesionales tienen un nivel competencial adecuado para que sus actuaciones sean seguras y reflejen la situación actual del conocimiento científico aplicado al entorno. La evaluación desempeña un papel esencial en ayudar a los médicos a identificar y responder a sus propias necesidades de aprendizaje y a ubicarlas en el contexto de las necesidades de los pacientes.

Las diferentes dimensiones de la competencia profesional deben evaluarse de una manera integrada, coherente y longitudinal con el uso de múltiples métodos y el suministro de retroalimentación frecuente y constructiva⁴. Los educadores tienen que ser conscientes del impacto de la evaluación en el aprendizaje, los posibles efectos no deseados de ésta, las limitaciones de cada método (incluido el coste) y la cultura imperante del entorno en el que la evaluación está ocurriendo.

El instrumento utilizado por Casabella et al permite evaluar el tercer nivel de la pirámide de Miller de evaluación de competencias, *el cómo mostrar*, en el que se evalúa la ejecución de lo que se ha aprendido, es decir, implica una acción pero en una práctica in vitro, no en condiciones de

práctica real. La utilización de simulaciones es muy frecuente para evaluar el aprendizaje de determinadas capacidades clínicas en cuidados intensivos y procedimientos quirúrgicos, son necesarios sofisticados maniqués que participan en la evaluación recogiendo registros de la actuación. Estos encuentros clínicos están estandarizados, habitualmente permiten evaluar conocimientos, capacidades técnicas, razonamiento clínico y trabajo en equipo. Los evaluadores utilizan para la evaluación listas de comprobación, o *checklists*, de respuesta dicotómica (sí/no) y también formularios de evaluación global. El Test Raval Sud incluye estos 2 tipos de escalas, con ítems evaluados por observadores externos y por el maniqué; por problemas técnicos no se han podido analizar finalmente estos últimos, pero sería interesante poder analizarlos en próximos estudios.

Van der Vleuten describe 5 criterios para determinar la utilidad de un instrumento de evaluación: la fiabilidad (grado en que la medición es exacta y reproducible), la validez (si mide lo que pretende medir), el impacto en el aprendizaje, el impacto en los resultados de salud y la factibilidad⁵. El estudio realizado por Casabella et al incluye 4 de los 5 criterios antes citados; se podría complementar en un futuro y utilizar para eso el modelo Kirkpatrick modificado, que valora la eficacia de la evaluación (satisfacción del aprendiz, resultados en el aprendizaje, mejoras en el rendimiento y mejoras en los resultados de salud)⁶.

El Test Raval Sud se ha utilizado para realizar una evaluación formativa, que es aquella que pretende determinar el grado de avance respecto a los objetivos

de aprendizaje, identificar las deficiencias y promover la reflexión. También podría utilizarse como evaluación sumativa, pero sería necesario un número mínimo de simulaciones para conseguir un nivel adecuado de fiabilidad.

El trabajo de Casabella et al aporta un instrumento de evaluación de la competencia en SVB y DSA con suficiente rigor psicométrico. Una línea de estudio futura podría ser comparar el comportamiento de este instrumento entre residentes y médicos experimentados (las *checklists* penalizan a los profesionales que utilizan “atajos” en su actuación) y ampliar los datos sobre su factibilidad, valorando la posibilidad de utilizarlo como observación directa.

Bibliografía

1. Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin*. 2006;127:337–42.
2. European Resuscitation Council (ERC). Guidelines for resuscitation 2005. Principles of training in resuscitation. *Resuscitation*. 2005;67S1:S181–9.
3. International standards in medical education: Assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. *Med Educ*. 1998;32:549–58.
4. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med*. 2007;356:387–96.
5. Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Edu*. 1996;1:41–67.
6. Curran VR, Fleet L. A review of evaluation outcomes of web-based continuing medical education. *Med Educ*. 2005;39:561–7.