

## ¿Ayudar a los peces a vivir? Metamorfosis de un examen clínico objetivo estandarizado para un internado de Medicina Familiar en el último año de la carrera de Medicina

### Helping fish to live? Metamorphosis of a Structured Objective Clinical Evaluation (ECO) for a Family Medicine intern in the last year of Medical School

Sr. Director:

Turabian pregunta si “los peces pueden vivir fuera del agua”<sup>1</sup> y Martín Zurro nos llama a “poner en marcha acciones decididas para reequilibrar los paradigmas” y rediseñar el currículo para generar licenciados más proclives a elegir especialidades generalistas<sup>2</sup>. Es conocido que la evaluación es una fuerza importante que conduce los

intereses de los estudiantes. Lograr un sistema óptimo para evaluar competencias clínicas, especialmente las relacionadas con la Medicina Familiar, es una búsqueda constante<sup>3</sup>. En 1979, Harden introdujo los exámenes clínicos objetivos estandarizados (ECO) como una forma válida en la evaluación de competencias clínicas. Es casi imposible encontrar una evaluación ideal, pero el ECO es razonablemente válido y fiable, aunque tiene límites y requiere una constante revisión para adaptarlo al nivel curricular<sup>4</sup>. En “La vida más allá del ECO”, Ben-David remira y reevalúa el antiguo *long-case* en términos psicométricos<sup>5</sup>. Wass et al definen el antiguo *long-case* como una evaluación en la que el alumno entrevista y examina a un paciente (real y sin entrenamiento en educación médica) sin observación ni interrupciones durante 30 a 45 min, y presenta el caso en un examen oral no estructurado. Esta evaluación puede ser “válida” porque se acerca más al quehacer habitual de un médico, fundamentalmente por ser con pacientes reales<sup>6</sup>, y existen diversas iniciativas para intentar mejorar la validez y la confiabilidad del método.

El internado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile dura 12 semanas y tiene como objetivo

**Tabla 1** Evolución de los exámenes clínicos objetivos estandarizados en un internado de Medicina Familiar

Año	Intervención	Percepción de alumnos y docentes
Antes de 2000	Evaluación: observación de una entrevista con un paciente real	La satisfacción de los alumnos es adecuada  Los docentes perciben subjetividad y falta de estandarización
2000	Diseño y piloto Validación ECO	Modelo de evaluación validado
2001	ECO en parejas 10 estaciones/10 min	Mal evaluado por los alumnos Docentes entusiastas
2002	ECO individual	La satisfacción de los alumnos mejora, pero la parcelación es mal evaluada por parte de los alumnos y los docentes
2003	Tres circuitos paralelos con tiempos diferentes: Circuito A: 5 estaciones/15 min con parcelación del encuentro clínico (anamnesis, examen físico y entrega de indicaciones en diferentes estaciones) Circuito B: 6 estaciones/5 min Circuito C: prueba escrita de 30 min ECO individual. Se introduce el “ <i>long case</i> ”	La satisfacción de los alumnos mejora pero piden <i>feedback</i> de los pacientes
	Tres circuitos paralelos con tiempos diferentes:  Circuito A: <i>long case</i> : 25 min entrevista+examen oral/15 min+estación de descanso/15 min Circuito B: 6 estaciones/5 min Circuito C: prueba escrita de 30 min	Los docentes perciben una evaluación más integral La validez de referencia mejora  La validez de contenido baja
2004–2005	Se mantiene el esquema de 2003 y se agrega el <i>feedback</i> inmediato (5 min) en las estaciones largas, entregado en forma oral por el paciente estandarizado (último ECO: diciembre de 2004)	Los docentes se sienten sobreexigidos <i>Feedback</i> bien evaluado por los alumnos pero influye en su desempeño en la estación siguiente
2005	El <i>feedback</i> del paciente estandarizado se entrega en forma escrita y representa el 25% de la nota de la estación	La satisfacción de los alumnos mejora Se conforma un equipo docente que recibe capacitación sobre ECO que ayuda a mejorar su motivación

ECO: examen clínico objetivo estandarizado.

entrenar a los estudiantes en el desempeño de la medicina ambulatoria teniendo en cuenta la persona, su familia y su contexto, con un equipo multidisciplinario en salud. En el año 2000 se introdujo el ECOE en Chile, en este internado, y entre 2000-2005 se realizaron 4 ECOE por año a un total de 500 alumnos. Es el proceso de “metamorfosis” durante estos años lo que nos interesa describir, así como las lecciones aprendidas.

Se validó el instrumento durante 9 meses (Ecoe piloto) y se introdujo como examen final del internado. En los 5 años siguientes, el ECOE se adaptó con las opiniones de estudiantes y docentes.

La validación del ECOE se realizó el primer año con 88 alumnos en 3 exámenes pilotos y logró validez de contenido, referencia, confiabilidad y aceptabilidad. En el tercer año se cambió la estructura del ECOE y se generaron 2 circuitos paralelos; uno con pacientes estandarizados de 15 min cada uno y 7 estaciones cortas de 5 min. En el cuarto año se introdujeron casos largos al ECOE, estaciones de 25 min donde se evalúa todo el encuentro clínico, con 8 estaciones tipo *long-case* y 6 estaciones cortas de 5 min. En todos los casos se aplicó una encuesta de satisfacción a alumnos y docentes (tabla 1). Los alumnos aumentaron su satisfacción de 5,8 a 6,3 (en una escala de 1 a 7).

Nuestro ECOE es un instrumento válido, factible y bien valorado por estudiantes y docentes por ser objetivo y justo. Estaciones largas que evalúen todo el encuentro clínico permiten medir mejor las habilidades necesarias para integrar los conceptos del enfoque biopsicosocial. Organizar un ECOE permite consolidar el equipo docente, pero requiere tiempo y dedicación. Es importante valorar los intereses de los docentes y establecer estrategias para mantener su motivación, como la constante revisión

de los objetivos de la rotación, *feedback* sobre los resultados del ECOE y tiempo protegido para la reflexión académica.

El desarrollo del ECOE nos ha permitido reflexionar sobre el rol docente y adaptar la evaluación a fin de que sea más justa y oportuna para los alumnos y acorde a las necesidades de la especialidad.

## Bibliografía

1. Turabian Fernandez JL, Perez FB. Can fish live out of water? Implications for teaching the biopsychosocial concept in family medicine Aten Primaria. 2009.
2. Martin ZA. Students, graduates and family medicine: Elements for an imperfect relationship. Aten Primaria. 2009.
3. Shumway JM, Harden RM. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Med Teach. 2003;25:569-84.
4. Blay C. Commentary: The limits of the ECOE. Aten Primaria. 2004;34:73-4.
5. Ben-David MF. Life beyond OSCE. Med Teach. 2003;25:239-40.
6. Wass V, Van der Vleuten C. The long case. Med Educ. 2004;38:1176-80.

Lili Moraga y Philippa Moore\*

*Departamento de Medicina Familiar, Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* moore@med.puc.cl (P. Moore).

doi:10.1016/j.aprim.2009.08.002

## Medicina de Familia y universidad, ¿cómo lo ven los estudiantes? ☆

### Family Medicine and university, what do students think?

*Sr. Director:*

Aunque más del 40% de los médicos desarrollará su trabajo en atención primaria, hay poca orientación hacia esa salida profesional en la mayoría de las facultades españolas. Pese a esfuerzos iniciados hace más de 17 años<sup>1</sup> y aunque se han desarrollado progresivamente actividades docentes en pregrado por parte de médicos de familia<sup>2</sup>, no hay actualmente en nuestro país ningún departamento de Medicina de Familia (MF)<sup>3</sup>. La impresión general es que los estudiantes desconocen la profesión del médico de familia y no la consideran una opción adecuada para formarse en posgrado.

Los resultados de este estudio, cuyo objetivo fue conocer opiniones de estudiantes de Medicina sobre algunos aspectos de

la MF y su importancia en el pregrado, se presentaron durante un foro para estudiantes desarrollado en un congreso<sup>4</sup>.

Mediante un cuestionario autoadministrado se recogieron valoraciones subjetivas de alumnos de 2.º ciclo de la Facultad de Medicina de Murcia. Se indagaron opiniones de alumnos sobre la importancia que consideraban que nuestra facultad concedía a la MF y la que ellos pensaban que tenía para su formación como médicos. Se preguntó sobre si elegirían MF para su formación posgraduada, se valoraron las prácticas de MF realizadas en centros de salud y se indagó sobre si éstas aportaban algo diferente a lo enseñado en otras disciplinas.

Doscientos dieciséis estudiantes (un 66,2% de mujeres) contestaron el cuestionario voluntariamente, con una tasa de respuesta global del 47,16% sobre el total de alumnos matriculados.

El 58,8% de los estudiantes opinó que era poca la valoración que nuestra facultad daba a la MF, e incluso un 6,5% de los alumnos creía que era ninguna. La importancia que subjetivamente le concedieron los estudiantes fue totalmente diferente: mucha para el 52,8% y bastante para el 40,3% de los alumnos.

Menos de la mitad de los alumnos había realizado prácticas en centros de salud. Sólo 84 alumnos opinaron sobre una experiencia, que el 80,56% de ellos consideró como buena o muy buena. Casi la mitad de los que aportaban información (45,6%) creía que no enseñaba algo

☆ Estudio presentado en un foro de estudiantes desarrollado durante el XVI Congreso Regional de la Sociedad Murciana de MFyC; 2009 mar; Molina de Segura, España.