

Evaluación de la actividad práctica en el grado de medicina. Necesidad de un cambio

Cristina Yuki Sepúlveda Muro. María Garrido Contreras.

Grado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid
yuki_hikari@hotmail.com

Laureano Lorente Ruigómez

Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
llruigomez@med.ucm.es

Resumen: evaluación de las prácticas del Grado de Medicina tras 4 años desde su implantación. Se ha consultado la documentación oficial relativa al Plan de Estudios de Grado y se ha evaluado las mismas mediante dos encuestas. Tras los resultados se ha elaborado una propuesta de prácticas cuyo objetivo sea la formación de un Médico General.

Palabras clave: Grado de Medicina. Prácticas. Evaluación. Competencias clínicas.

INTRODUCCIÓN

Un porcentaje elevado de los créditos del Grado de Medicina se corresponden a prácticas presenciales. Estas prácticas se desarrollan en los Laboratorios, Aulas de Habilidades y Salas de Disección durante el Primer Ciclo, y en los Servicios Hospitalarios durante el Segundo. Como resultado de las mismas, a lo largo de la carrera el alumno de Grado debe adquirir una serie de competencias clínicas, las cuales se valoran en sexto curso mediante el ECOE.

Tras 4 años desde la implantación del Grado sería adecuado hacer una valoración de este nuevo plan educativo y comprobar si se cumplen los objetivos con los que fue desarrollado.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos referentes a los créditos prácticos de cada curso, asignatura y rotaciones en los distintos Servicios, así como su distribución por especialidades, se han obtenido de la documentación oficial relativa al plan de estudios de Grado^(1,2,3)

Los datos referentes a las actividades concretas realizadas por los alumnos de los diferentes cursos se han obtenido:

- Mediante una encuesta entre los alumnos de Tercero (n=20) relativa a:

Las prácticas del Primer Ciclo (1º, 2º y 3º), referente a su Cumplimiento, Calidad y Utilidad.

Las Rotaciones de Tercer Curso por los Servicios Clínicos (Medicina Interna, Cirugía y Atención Primaria), donde se consideraron los siguientes factores: Atención recibida, Participación en las actividades del Servicio, realización de Historias Clínicas, Utilidad General y Valoración Global.

- La encuesta realizada el curso 2011-2012 en relación al Segundo Ciclo⁽⁴⁾ (n=148), donde se valoran los siguientes aspectos: Atención recibida, Participación en las actividades del Servicio, realización de Historias Clínicas, Utilidad General y Valoración Global.

Con los datos obtenidos se han realizado las tablas y calculado los porcentajes mediante Microsoft Excel y se han comparado con los correspondientes a la programación oficial, valorando las diferencias más significativas.

RESULTADOS

La actividad práctica en el Primer Ciclo presenta un déficit importante puesto que en un 28% de las asignaturas la mayoría del tiempo asignado a ese fin se utiliza para impartir clases teóricas, y en un 23% de las asignaturas no hubo prácticas o éstas ocuparon una mínima parte del tiempo asignado, quedando el resto del tiempo sin ocupar con otra actividad docente.

La calidad docente de dichas prácticas se ha considerado en un 27% como “regular” y en un 9% como “nula”. Por esta razón, no sorprende que sólo el 55% de los alumnos consideren útiles las horas prácticas.

Respecto a las Rotaciones Clínicas de Tercer curso, la mejor valorada (globalmente y en cuanto a su utilidad) ha sido la correspondiente a Atención Primaria, probablemente en relación al hecho de que la mayoría de alumnos aprenden a realizar las historias clínicas y exploraciones en este medio, habilidad que adquieren en mucha menor medida en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía. Destaca que un 40% de los alumnos ha percibido un trato inadecuado en su estancia en las Rotaciones tanto de Medicina Interna como de Cirugía.

En el Segundo Ciclo, respecto a las Exploraciones Clínicas, la mayoría de los estudiantes (74%) se limitaban a acompañar al médico que las realizaba y solo en la mitad de las ocasiones se le permitía al alumno también explorar y comentar los hallazgos.

También en el Segundo Ciclo la realización de Historias ha sido calificada en un 54% como regular. El estudiante se dedicaba a realizar Historias ya hechas de pacientes ya hospitalizados y conocidos. Un 13% indica que no tuvo acceso a la realización de Historias y un 25% de los alumnos indican que el médico-tutor mostraba indiferencia ante su presencia y solo se dirigía a ellos si le hacían una pregunta.

La mayoría de los alumnos (80%) no han ensayado Habilidades Técnicas ni tan siquiera colaborando con el médico; un 40% se limitaba a seguir al médico en su pase de visita. El 55% de los alumnos se lavó en Quirófano dos veces o menos durante su estancia de 1-2 meses en los Servicios Quirúrgicos.

La sensación de utilidad del estudiante es prácticamente nula, indicando un 75% de los estudiantes que su participación en la actividad diaria del Servicio era nula o que su trabajo rara vez repercutió en la actividad del Servicio. Un porcentaje no despreciable (27%) indica que su tiempo no útil se situaba entre el 20-50% del día.

La valoración global de las Rotaciones ha sido casi idéntica en el Primer y el Segundo Ciclo, situándose en un 6'5 para Medicina Interna y un 5'5 para Cirugía.

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan una falta de adecuación importante entre la cantidad de prácticas que promete el Plan de Estudios y las que efectivamente realizan los alumnos durante el Primer Ciclo del Grado. Omitiendo los casos en los que este decalaje se deba a la falta de recursos, se puede concluir que muchas asignaturas tienen asignado más tiempo del necesario para la consecución de sus objetivos. Ese tiempo podría emplearse en la adquisición de algunas de las habilidades establecidas en el Libro de Competencias⁽¹⁾, que actualmente no tienen ni espacio ni tiempo propio en el curso de los Estudios de Grado.

A pesar de que la realización de Historias Clínicas y Exploraciones es una parte fundamental de la actividad clínica del médico, no existe ningún espacio asignado como tal a lo largo de los Estudios. Además, la valoración que hacen los alumnos de los cursos clínicos del aprendizaje de estos procedimientos básicos tiende a ser deficitaria, por lo que debería potenciarse de manera significativa. Algo similar sucede con las Habilidades Técnicas, siendo preocupante que la mayoría de los alumnos finalice el Grado sin haberlas adquirido.

Las Rotaciones por Atención Primaria destacan por la valoración positiva y su utilidad en la formación. Las causas por las que destaca respecto a los Servicios Hospitalarios podrían ser la diferente proporción de estudiantes, la diferencia de trato al alumno, la distinta naturaleza de su actividad asistencial y otros factores más difíciles de valorar. Aunque el estudio de estos factores tendría interés para mejorar la calidad de las prácticas en los Hospitales, no es el objeto de este trabajo. En cualquier caso, este hecho sugiere la conveniencia de aumentar el tiempo de rotación de los alumnos en los Centros de Atención Primaria, lo cual también se justificaría por el objetivo de conseguir una formación en Medicina General, cuyo contenido se asemeje en mayor medida al del trabajo de Medicina de Familia⁽⁵⁾. En este sentido, el alumno en sus Rotaciones Clínicas debería estar considerado como un Residente “pequeño” o un “cero” de Medicina de Familia y no como se tiende en la actualidad, considerándole un Residente de la Especialidad del Servicio por el que se está rotando, puesto que los objetivos de aprendizaje de estos dos tipos de Residente son netamente diferentes.

Con los resultados obtenidos se evidencia la necesidad de una importante reestructuración de las prácticas, cuyo objetivo final debería ser la formación de un Médico General. Estas prácticas deberían, al menos, cumplir las siguientes condiciones:

- Estar enfocadas hacia el alumno.
- Permitir la integración del alumno en los Servicios.
- Contar con un sistema de feed-back de todas las actividades que se realicen.
- Ser unas prácticas dinámicas y flexibles que se adapten al nivel de conocimientos individuales de los alumnos.
- Estar establecido un itinerario determinado
- En cada servicio y curso debe estar definido qué se va a realizar, cuándo y quiénes serán los encargados de llevarlo a cabo.

El alumno de Grado tendría un papel similar al Residente de Medicina de Familia. Debería saber en cada momento y en cada servicio las actividades a realizar, sus objetivos básicos y los puntos débiles sobre los que trabajar. Las habilidades técnicas deberían empezar a aprenderse en el Primer curso, con los procedimientos más sencillos y básicos e ir ampliándolos y repitiéndolos en cursos posteriores, como especifica la Tabla 1.

Primero	RCP básica, cura de heridas, tratamiento de hemorragias externas, retirada del casco y colocación de un collarín cervical.
Segundo	Exploraciones básicas completas
Tercero	Exploraciones especiales, historia clínica, quirófano, técnicas invasivas básicas (suturas, punciones y hemostasia)
Cuarto	Técnicas invasivas avanzadas (sondajes, mantenimiento de la vía aérea, RCP avanzada)
Quinto	Politraumatizado. Repetición de habilidades anteriores.
Sexto	Técnicas quirúrgicas ambulatorias. Cirugía menor.

Tabla 1. Desglose de las competencias que se deben practicar según el curso.

Las rotaciones clínicas de los cursos de Tercero a Sexto se redistribuirían de la siguiente manera:

- Tercero (22 viernes): 10 viernes en Atención Primaria, 6 en Medicina Interna y 6 en Cirugía.
- Cuarto (4 meses): un mes por las especialidades de Atención Primaria, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia
- Quinto (4 meses): un mes por las especialidades de Atención Primaria, Pediatría, Psiquiatría y una Especialidad quirúrgica.
- Sexto (8 meses): dos meses en Atención Primaria y otras dos en Urgencias, un mes en las especialidades de Medicina Interna, Traumatología y una Especialidad médica y un mes Optativo.

Este programa daría prioridad a las rotaciones por Atención Primaria, Medicina Interna y Urgencias. Debe existir una coherencia entre las prácticas asignadas a cada asignatura, las rotaciones y las habilidades técnicas de tal manera que el alumno pueda aplicar durante las mismas los conocimientos aprendidos previamente.

CONCLUSIONES

Se imparten menos horas de prácticas de las asignadas durante el Primer Ciclo, quedando tiempo libre que podría emplearse en la adquisición de habilidades técnicas.

Hay un buen aprovechamiento de las Rotaciones de Atención Primaria, que apoya la idea de centrar las prácticas en ese medio.

Se hace necesaria una redistribución de las Rotaciones para adecuarla al modelo formativo de Medicina de Familia dando prioridad a la asistencia a los Centros de Atención Primaria y los Servicios de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Universidad Complutense de Madrid. Organización Docente de Medicina. Curso Académico 2012/2013. Madrid: Facultad de Medicina de Universidad Complutense de Madrid; 2012
2. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. (Boletín Oficial del estado, número 40, de 15-02-2008)
3. Nogales A, García Seoane J, Calvo E, Díez Lobato R, Calvo F, Millán J. Competencias para el Grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Documento Base. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008; pág. 1-152
4. Evaluación Práctica Clínica, curso 2011-2012. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012
5. ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Boletín Oficial del Estado, número 105, de 3-05-2005)

Recibido: 7 noviembre 2013.
Aceptado: 24 febrero 2014.