



ORIGINAL

Evaluación de la aproximación clínica de estudiantes de pregrado de Medicina en el tratamiento de disuria: Aplicación del Examen Clínico Objetivo Estructurado[☆]



Irma Elisa Eraña Rojas, Nancy de los Ángeles Segura-Azuara, Mildred Vanessa López Cabrera* y Silvia Lizett Olivares Olivares

Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México

Recibido el 25 de enero de 2016; aceptado el 8 de abril de 2016

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Educación médica;
Competencia clínica;
Examen clínico objetivo estructurado;
Paciente estandarizado

Resumen

Introducción: El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) se utiliza para medir las competencias clínicas con el propósito de selección o formación a través de un encuentro clínico con un paciente estandarizado. El objetivo de este estudio fue aplicar esta estrategia para valorar el nivel de desempeño de los estudiantes en diversas competencias clínicas asociadas con el encuentro de un paciente, considerando un síntoma frecuente en la atención médica.

Material y métodos: El estudio se aplicó a una muestra aleatorizada de estudiantes de 5.º año del programa de Médico Cirujano de una universidad privada, con un paciente estandarizado cuyo motivo de consulta fue ardor al orinar. El diseño de la investigación fue de carácter mixto, descriptivo y transeccional a partir de la información de los instrumentos guía sintética para el evaluador y nota médica. Las variables consideradas fueron competencias del encuentro clínico, la calidad de la nota médica y el juicio clínico para identificar los 3 diagnósticos.

Resultados: Los resultados en escala de 1 a 4 indican que las competencias clínicas de los alumnos son: interrogatorio (2,72), manejo terapéutico (2,30) y exploración física (2,03). La nota médica tiene una calidad adecuada en los 3 elementos analizados: motivo de consulta (100%), principales antecedentes (70,6%) y padecimiento actual (88,2%). El 94,1% de los alumnos detectaron el diagnóstico principal; sin embargo, el porcentaje se reduce al 88,2% en el segundo y solo el 17,6% llega a un tercer diagnóstico.

[☆] Este trabajo ha sido presentado como ponencia de investigación en el 2.º Congreso Internacional de Innovación Educativa, y fue ganador con el Consorcio de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, del premio *Centennial Awards Program for Latin America*, otorgado por la National Board of Medical Examiners.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mildredlopez@itesm.mx (M.V. López Cabrera).

Discusión: Aunque los alumnos muestran un nivel de desempeño adecuado para identificar el diagnóstico principal a través de un interrogatorio y exploración física, todavía se requiere incrementar la capacidad de juicio clínico de los estudiantes para buscar otros diagnósticos. Como experiencia, el ECOE permite la evaluación masiva de la competencia clínica; sin embargo, necesita complementarse con espacios para que el evaluador indague el razonamiento que lleva al estudiante a realizar conjeturas sobre diagnóstico y tratamiento.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Medical education;
Clinical skills;
Objective structured
clinical examination;
Standardize patient

Assessment of undergraduate medical students' approach for evaluating a patient with dysuria: Using Objective Structured Clinical Examination

Abstract

Introduction: The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) has been widely used to measure clinical skills for selection or training with a standardized patient.

Material and methods: The study was applied to a random sample of medical students from 5th year. They had a clinical encounter with a standardized patient complaining for urination burning. The research design was mixed, descriptive and transactional. Two instruments were used: Assessment guide and medical chart. The variables considered were: Clinical skills, quality of medical chart and identification of 3 probable diagnosis.

Results: Results indicated the level of clinical skills in a 1-4 scale: questioning (2.72), therapeutic management (2.30) and physical examination (2.03). The medical charts had adequate quality in 3 dimensions: reason for consultation (100%), medical history (70.6%) and current condition (88.2%). The 94.1% of students were able to identify the main diagnosis, 88.2% recognized the second and only 17.6% reported the third diagnosis.

Discussion: Although students showed an adequate level of performance to identify the main diagnosis and physical examination, it is necessary to improve students' clinical judgment to identify other diagnoses. The OSCE experience allows the assessment of clinical skills in a wide group of students, however the format should designate a time for the faculty to include a debriefing session to analyze the student's reasoning.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La formación y evaluación de competencias es una necesidad imperativa en la educación médica. Las escuelas de Medicina deben asegurar el logro de competencias de egreso en cada uno de sus estudiantes a través de métodos válidos y estandarizados que permitan la mejora continua de los programas y las estrategias didácticas. A partir del Examen Clínico Estructurado (EEOE) es posible establecer una métrica homogénea para identificar el nivel de desempeño de los estudiantes en los últimos años de la carrera, considerando casos de enfermedades prevalentes. El caso de ardor al orinar es un ejemplo que representa un padecimiento común en una práctica médica general. El objetivo de este estudio fue valorar el nivel de desempeño de los estudiantes para abordar pacientes con este síntoma, considerando las competencias clínicas requeridas en un encuentro con un paciente, la capacidad de juicio clínico y el desempeño en la nota médica para reflejar los hallazgos detectados.

Examen Clínico Objetivo Estructurado

Según Harden¹, el ECOE es una evaluación de las competencias clínicas, en forma planeada o estructurada, que

es precisa, objetiva y reproducible², pues se basa objetivamente en las acciones y el conocimiento del evaluado. Permite un alto nivel de control en cuanto a variaciones entre pacientes y examinadores. Puede enfocarse a distintas especialidades^{3,4} y permite hacer una valoración de competencias a lo largo de las distintas estaciones⁵. Para algunos, puede ser una evaluación compartimentalizada, costosa y que toma mucho tiempo para poder realizarla adecuadamente. Sin embargo, el ECOE constituye un método que permite una evaluación práctica, confiable y válida⁶ que mide las competencias clínicas en distintas latitudes⁷, disciplinas, para propósitos formativos y sumativos, tanto de alumnos como de currículos. La ventaja que ofrece este método en comparación con un examen escrito es que permite medir competencias clínicas interpersonales tales como: interrogatorio, exploración física y comunicación con el paciente del resultado de su evaluación diagnóstica y del tratamiento propuesto.

Está compuesta por estaciones en las que se espera que el alumno realice ciertas acciones en un periodo de tiempo determinado, que serán cotejadas con los criterios determinados para dicha prueba, para demostrar así la competencia de habilidades y actitudes con que cuenta el alumno. El alumno es observado por los evaluadores y el paciente. Una vez que concluye el tiempo especificado, debe dirigirse a

una nueva prueba para realizar lo previsto en ella, y así sucesivamente hasta haber completado todas las pruebas. De esta manera, se obtiene una evaluación que está conformada por los 2 o 3 evaluadores en cada estación.

Habiéndose descrito que su aplicación resulta en una situación de estrés para el evaluado⁸, hemos estudiado el impacto que tiene en el alumno el realizar por primera vez una ECOE, no encontrándose relación entre los resultados obtenidos y la ansiedad que se puede atribuir al ser observado por los evaluadores mientras la realiza⁹.

Descripción del caso

El caso clínico utilizado en este estudio fue realizado siguiendo la metodología que integra elementos de la National Board of Medical Examiners y de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)¹⁰. La información del caso incluye un contexto familiar, cronología del padecimiento y preocupaciones relevantes del paciente. El paciente estandarizado fue seleccionado y entrenado siguiendo un proceso de acuerdo con lo establecido por Charles y Olivares¹¹, el cual incluye una selección y preparación del actor, lo que incrementa el nivel de realismo del paciente simulado.

La prueba fue un consultorio ambientado en un escenario real en donde el estudiante encontraba a un paciente masculino que refería el síntoma de ardor al orinar. Como parte del objetivo del ECOE, el estudiante contaba con 15 min para realizar: interrogatorio, exploración física, establecimiento de 3 diagnósticos y comunicación del plan terapéutico al paciente estandarizado. Por tratarse de competencias interpersonales, lo anterior lo valoraban 2 docentes a partir de la observación de las conductas. Una vez terminado el encuentro, el alumno contaba con 5 min adicionales para generar la nota médica a partir del conocimiento tanto de la disciplina como del paciente. De acuerdo con Pfeiffer et al.¹², una entrevista realizada con altas habilidades interpersonales de parte del médico da lugar a una nota médica de calidad que debe incluir: sexo, lugar de nacimiento, condiciones médicas (mentales, médicas, ginecológicas u obstetras), hábitos de vida (dieta, ejercicio, uso de alcohol o tabaco), un diagnóstico y el tratamiento de ese diagnóstico.

En el caso del síntoma asociado con vías urinarias, de acuerdo con Michels y Sands¹³, los padecimientos más frecuentes son: uretritis, infecciones de transmisión sexual y vaginitis. Las guías de práctica clínica¹⁴ establecen para estos casos que se debe evaluar si pertenece a la categoría inflamatoria o no inflamatoria, para de ahí determinar si es de carácter dermatológico, infeccioso, anatómico, endocrino, neoplásico, traumático o relacionado con medicamentos. Esta misma identificación ha sido atribuida al sexo del paciente: son las mujeres las que más comúnmente padecen cuadros infecciosos que producen inflamación. Para el caso bajo estudio, se contó con un paciente masculino para el cual se determinaron 3 diagnósticos: uno principal y 2 secundarios para valorar el juicio clínico del estudiante. De acuerdo con Facione¹⁵, el juicio clínico es el resultado del uso adecuado del pensamiento crítico tanto en las habilidades cognitivas como en la disposición hacia dicho pensamiento crítico. Esta competencia, por ser de carácter instrumental, puede ser valorada por herramientas escritas como lo es la nota médica. Según Hanno et al.¹⁴, el plan

terapéutico adecuado para los requerimientos del caso era prescribir un antibiótico de amplio espectro. La comunicación con el paciente en esta etapa debe incluir: nombre del medicamento, frecuencia y duración del tratamiento y dosis recomendada.

A partir de esta información se desarrolló la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el desempeño de los estudiantes de una universidad privada para atender el síntoma ardor al orinar medido a través de un ECOE con un paciente estandarizado? ¿En qué grado los alumnos demuestran juicio clínico a partir de los 3 diagnósticos preparados en el caso? ¿Cuál es la calidad de la nota médica para registrar los hallazgos?

Material y métodos

Método

El método de investigación fue mixto, descriptivo y transeccional de acuerdo con los significados que plantean Hernández et al.¹⁶. Se indica que es cuantitativo porque se obtiene una calificación numérica del desempeño del estudiante en diversas dimensiones de un encuentro clínico. Se considera cualitativa porque se utiliza la observación y la evaluación de un documento escrito¹⁷.

Para la preparación del estudio, se hizo la selección del paciente estandarizado de acuerdo con lo recomendado por Furman¹⁸. El libreto para el paciente fue el resultado de la participación de docentes pertenecientes al Consorcio entre la Universidad Nacional Autónoma de México, el Tecnológico de Monterrey y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, que lo diseñaron siguiendo la metodología y considerando una integración de las propuestas de Trejo-Mejía et al.¹⁹ y Park et al.²⁰.

Para asegurar la validez de contenido del caso y el realismo en su representación por parte del paciente, se llevó a cabo una valoración piloto el 14 de marzo del 2015, según las recomendaciones de Hernández et al.¹⁶ para pruebas piloto. Dos docentes con posgrado participaron en dicha evaluación y retroalimentaron el documento con base en sus observaciones. Se seleccionó a un total de 10 estudiantes como muestreo por conveniencia según lo que establecen Gordillo et al.²¹ para este tipo de muestreo.

La valoración final se condujo el 16 de mayo del 2015 con la participación de un total de 17 alumnos matriculados en 5.º año de su programa de Médico Cirujano que se seleccionaron en forma aleatorizada de una población de 154 alumnos, según las indicaciones de Hernández et al.¹⁶ para este tipo de muestreo. Cada estudiante firmó una carta de aceptación de participación en el estudio un par de días antes de la sesión.

Las variables consideradas en este estudio fueron: competencias del encuentro clínico, calidad de la nota médica y juicio clínico para identificar los 3 diagnósticos. Las competencias del encuentro clínico se midieron con la guía sintética del evaluador, la cual se compone de 8 reactivos que incluyen: habilidades de interrogatorio, habilidades de exploración física, habilidades diagnósticas, plan terapéutico, habilidades de comunicación, valoración global de los conocimientos, nota médica y evaluación por el paciente, la cual es evaluada mediante una escala de Likert que va

Tabla 1 Resultados de la guía sintética para el evaluador

Dimensión	Media	IC 95%
Calificación global por el docente	2,50	$2,19 \leq \mu \leq 2,81$
Interrogatorio	2,72	$2,40 \leq \mu \leq 3,04$
Exploración física	2,03	$1,62 \leq \mu \leq 2,44$
Habilidades diagnósticas	2,58	$2,23 \leq \mu \leq 2,93$
Plan terapéutico	2,30	$1,98 \leq \mu \leq 2,62$
Comunicación	2,62	$2,31 \leq \mu \leq 2,93$
Conocimientos	2,49	$2,21 \leq \mu \leq 2,77$

desde 1 hasta 4, donde 1 es considerado como un desempeño insuficiente y 4 como uno excelente. El alfa de Cronbach de esta herramienta es de 0,807, lo cual es aceptable de acuerdo con los criterios establecidos por Vogt²², quien asegura que valores superiores a 0,7 son adecuados. Dado que participan como evaluadores 2 docentes y un paciente para cada estación, se aporta mayor riqueza, amplitud y profundidad para una triangulación de resultados desde diferentes perspectivas¹⁶.

Para determinar la calidad de la nota médica se utilizó como instrumento la nota médica generada por el alumno después del encuentro con el paciente en 3 elementos: motivo de consulta, principales antecedentes y padecimiento actual. Se calculó el porcentaje de alumnos que registraron adecuadamente la información. De acuerdo con Valenzuela y Flores¹⁷, este tipo de análisis cualitativo considera al investigador como participante activo experto del proceso de indagación desde una perspectiva naturalista.

El desempeño de competencia de juicio clínico en los estudiantes se calculó como porcentaje de los alumnos que detectaron el primer, segundo y tercer diagnóstico probable según las recomendaciones de los expertos^{13,14}. Para cada diagnóstico el alumno debía justificar con hallazgos y argumentos su razonamiento.

Resultados

Los resultados de la guía sintética para el evaluador, aplicada a los 17 alumnos que participaron, se muestran en la [tabla 1](#) a través de la media y el intervalo de confianza al 95% (IC 95%). La evaluación global del proceso realizada por los docentes evaluadores para estos alumnos tiene una media de 2,50 puntos.

La dimensión en la que los alumnos tuvieron un mejor desempeño fue en el interrogatorio, con una media de 2,72; el de menor apreciación fue el de habilidades de exploración física con una media de 2,03.

La valoración de la calidad de las notas médicas por parte de los docentes se concentra en la [tabla 2](#). En esta parte de la evaluación, los alumnos contaban con un espacio de 5 min para completarlas. Los alumnos destacan principalmente el motivo de consulta, los principales antecedentes y padecimiento actual, la totalidad de la población realizó dicha identificación. No obstante, la discriminación de toda la información para identificar los principales antecedentes solamente se obtuvo en el 70,6% de los casos. El 88,2% de

Tabla 2 Evaluación de la calidad de la nota médica

Elementos	Porcentaje de alumnos
Motivo de consulta	100
Principales antecedentes	70,6
Padecimiento actual	88,2

los alumnos plasmó por escrito en la nota médica el padecimiento que aquejaba al paciente.

De acuerdo a los resultados del juicio clínico que se presentan en la [tabla 3](#), el 94,1% de los alumnos hizo el diagnóstico principal (IVU) justificado adecuadamente, es decir que no solamente llegó al diagnóstico, sino que identificó los síntomas y ordenó los estudios de laboratorio y gabinete que pudieran apoyar su análisis inicial; solamente se encontró un estudiante que no alcanzó este diagnóstico. El 88,2% de los alumnos alcanzó y justificó adecuadamente el segundo diagnóstico, el cual era prostatitis/HPB; en este caso, 2 alumnos lo alcanzaron, pero sin justificación, y uno no presentó diagnóstico ni justificación. Para el tercer diagnóstico (ITS), 3 alumnos lo alcanzaron y justificaron adecuadamente.

Discusión

Encuentro clínico

De las competencias clínicas evaluadas, los alumnos mostraron el mayor desempeño en el interrogatorio. Esto se atribuye a la formación previa que tuvieron en al menos 4 clases de propedéutica y salud comunitaria donde aprendieron a cuestionar al paciente, considerando el motivo de consulta, los síntomas actuales, información de padecimientos heredofamiliares y antecedentes patológicos y no patológicos. Durante esta etapa se forma al alumno para seguir un protocolo de abordaje al paciente con el acrónimo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan). En el presente estudio los alumnos abarcaron la información sobre la semiología del ardor al orinar y síntomas acompañantes; sin embargo, no profundizaron en antecedentes no patológicos, por ejemplo, la actividad sexual insegura.

Los estudiantes demostraron áreas de oportunidad en las habilidades de exploración física. Considerando la ECOE como una actividad formativa, la componente de exploración debía ser limitada, a fin de no incomodar al actor con una revisión innecesaria. El estudiante debía emprender la exploración de signos vitales y continuar con la puño

Tabla 3 Análisis del juicio clínico

Nivel obtenido	Porcentaje de alumnos
Diagnóstico 1: IVU (principal)	94,1
Justificación de diagnóstico 1	94,1
Diagnóstico 2: prostatitis/ HPB	88,2
Justificación del diagnóstico 2	82,4
Diagnóstico 3: ITS	17,6
Justificación del diagnóstico 3	17,6

percusión en fosas renales para búsqueda de signo de Gior-dano. Aunque pudiera ser debatible esta última prueba por falta de elementos para diagnosticar infección en el riñón, el médico debe procurar un abordaje integral del paciente.

Calidad de la nota médica

La totalidad del grupo pudo obtener la información del motivo de consulta a través de realizar la pregunta directamente al paciente y logró la identificación del padecimiento actual, junto con los factores atenuantes y agravantes. Aunque algunos estudiantes preguntaron al paciente sobre los principales antecedentes, al evaluar la nota médica, esta no mostraba esas evidencias. La causa de esta omisión radica en el enfoque de la enseñanza ofrecida en la escuela, la cual premia al estudiante por la obtención de resultados, por lo que el estudiante buscaba encontrar el diagnóstico probable y no tanto evidenciar la información que lo llevó a esa conjetura.

Juicio clínico

Aunque el paciente mostraba síntomas clásicos de una infección de vías urinarias, una de las dificultades importantes fue establecer diagnósticos secundarios y terciarios. Hasta este año de estudios, sus acercamientos con el paciente han sido limitados: la experiencia de tratar a un paciente estandarizado fue un reto adicional durante esta evaluación. Adicionalmente, es la primera vez que participan en una experiencia de ECOE: en la medida en que se incremente la exposición, factores como la ansiedad de la evaluación disminuirán.

Si bien el formato del ECOE permite la evaluación masiva y estructurada de competencias clínicas, recreando un ambiente real, este pierde la oportunidad de indagar en profundidad la evaluación con el estudiante. En realidad, al observar el desempeño del estudiante y analizar sus anotaciones en la nota médica, no se puede indagar sobre el razonamiento que le ha llevado al diagnóstico elegido. En una próxima evaluación se desea incluir una sección de realimentación mediante una técnica de *debriefing*. Esta es una conversación en la que diferentes personas analizan un evento del que fueron partícipes, y reflexionan sobre las acciones, roles, emociones y habilidades desempeñados²³. Esto permitirá al docente evaluar y ofrecer recomendaciones puntuales al desempeño de cada estudiante desde una perspectiva integral.

A pesar de algunas deficiencias encontradas, la experiencia fue positiva, al brindar oportunidades de aprendizaje y evaluación diferentes, semejantes a las de la práctica médica y en un espacio controlado.

Financiación

Agradecemos el apoyo económico recibido por parte del fondo *Centennial Awards Program for Latin America*, otorgado por la National Board of Medical Examiners para la realización de este proyecto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using Objective Structured Examination. *Br Med J*. 1975;1(5955):447-51.
2. Zayyan MC. Objective structured clinical examination: The assessment of choice. *Oman Med J*. 2011;26(4):219-22.
3. Hernández C, Lewis A, Castiglioni A, Selim B, Cendan J. OSCE standards-setting procedure facilitated by digital technology. *Med Educ*. 2013;47(11):454-63.
4. Gormley G. Summative OSCEs in undergraduate medical education. *Ulster Med J*. 2011;80(3):127-32.
5. Mcaleer S, Walker R. Objective structured clinical examination (OSCE). *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 1990;46:39-42.
6. Prislín MD, Firtzpatrick CG, Lie D, Giglio M, Radecki S, Lewis E. Use of objective structured clinical examination in evaluating student performance. *Fam Med*. 1998;30(5):338-44.
7. Patricio MF, Julião M, Fareleira F, Carneiro AV. Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education? *Med Teach*. 2013;35(6):503-14.
8. Chan M, Bax N, Woodley C, Jennings M, Nicolson R, Chan P. The first OSCE: does students' experience of performing in public affect their results? *BMC Med Educ*. 2015;15(1).
9. Khosravi Khorashad A, Salari S, Baharvahdat H, Hejazi S, Lari M, Salari S, et al. The assessment of undergraduate medical students' satisfaction levels with the Objective Structured Clinical Examination. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(8):1-4.
10. Olivares SL, Martínez A. Comparación entre 2 modelos de implementación del Examen Clínico Objetivo Estructurado ECOE. II Congreso Internacional de Innovación Educativa. Del 14 al 16 de diciembre de 2015, Ciudad de México (Mexico). pp. 880-884.
11. Charles DG, Olivares SL. Documentación del proceso de selección y entrenamiento de un paciente estandarizado en un OSCE. II Congreso Internacional de Innovación Educativa. Del 14 al 16 de diciembre de 2015, Ciudad de México (Mexico). pp. 945-950.
12. Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, Wilms J. The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history. *Med Educ*. 1998;32:283-8.
13. Michels TS, Sands JE. Dysuria: Evaluation and differential diagnosis in adults. *Am Fam Physician*. 2015;92(9):778-86.
14. Hanno P, Guzzo TJ, Malkowicz SB, Wein AJ. *Penn clinical manual of urology*. US: Saunders, Elsevier; 2014.
15. Facione NC, Facione PA. *Critical thinking and clinical reasoning in the health sciences: A teaching anthology*. Milbrae, California: California Press; 2008.
16. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. México; 2006.
17. Valenzuela González JR, Flores Fahara M. *Fundamentos de investigación educativa*. Monterrey, Nuevo León, México: Editorial Digital del Tecnológico de Monterrey; 2012.
18. Furman GE. The role of standardized patient and trainer training in quality assurance for a high-stakes clinical skills examination. *Kaohsiung J Med Sci*. 2009;24(12):651-5.
19. Trejo-Mejía JA, Blee-Sánchez GB, Peña-Balderas J. Elaboración de estaciones para el examen clínico objetivo estructurado (ECOE). *Inv Ed Med*. 2013;3(9):56-9.

20. Park RS, Chibnall JT, Blaskiewicz RJ, Furman G, Powell JK, Mohr CJ. Construct validity of an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in Psychiatry: Associations with the Clinical Skills Examination and other indicators. *Acad Psychiatry*. 2004;28(2):122-8.
21. Gordillo Moscoso A, Medina Moreno U, Pierdant Pérez M. Manual de investigación clínica. México: Manual Moderno; 2012.
22. Vogt P. Quantitative research methods for professionals. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2007.
23. Maestre JM, Rudolph JW. Theories and styles of debriefing: The good judgement method as a tool for formative assessment in healthcare. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(4):282-5.