



Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



Incorporación del alumno a la práctica clínica: cuándo y cómo

Juan Antonio Vargas Núñez

Catedrático de Medicina, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Educación Médica
Práctica clínica
Contacto precoz
Profesionalismo
Competencias transversales
Habilidades de comunicación

KEYWORDS

Medical education
Clinical practice
Early contact
Professionalism
Generic competencies
Communication skills

Resumen El contacto precoz con el paciente motiva a los estudiantes de Medicina en su elección vocacional y les anima para el esfuerzo exigido por las materias básicas de los primeros cursos, a la vez que les facilita una mejor comprensión de la práctica clínica real y del sistema sanitario. En este proceso de aprendizaje es fundamental el papel de los médicos clínicos generales como tutores docentes y modelos de profesionalidad. En este trabajo se realiza una revisión de las últimas evidencias disponibles en la bibliografía y se expone la experiencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Incorporating students into clinical practice: when and how

Abstract Early patient contact on the part of medical students has effects on their vocational choice and motivation demanded by basic studies during their first years at the same time as giving them a greater understanding of real clinical practice and the health system. The role of general clinicians as tutors and professional models is fundamental in this learning process. This work focuses on a review of the latest studies into early contact in Medicine published in the literature as well as our experience in the Universidad Autónoma de Madrid School of Medicine.

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

La división tradicional entre ciclos preclínico y clínico en los estudios de Medicina conlleva, por regla general, que el primer contacto de los estudiantes de Medicina con los pacientes se produzca durante el tercer curso de la carrera, habitualmente dentro de la asignatura de Patología General, que incluye la fisiopatología y la semiología de los principales síndromes clínicos¹. Esta separación entre ambos

ciclos, preclínico y clínico, ha sido la norma durante la mayor parte del siglo xx.

Sin embargo, tras la publicación del informe del General Medical Council británico de 1993² se ha defendido desde diferentes ámbitos el interés del contacto precoz con los pacientes en cursos preclínicos (primero y segundo), fundamentado generalmente en la necesidad de que los futuros

Correo electrónico: juanantonio.vargas@uam.es

médicos conozcan, desde el inicio de su formación, los espacios dónde se realiza la actividad clínica, los complejos procesos de la relación médico-paciente y las técnicas de comunicación, sin olvidar la consideración de los aspectos humanos y sociales del paciente dentro de su contexto familiar y laboral. Este planteamiento ha sido refrendado recientemente por la Carnegie Foundation en su publicación *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical Schools and Residency*³.

Contacto precoz con la clínica. Situación actual

Dornan y Bundy⁴, en una conferencia de consenso publicada en 2004, sugirieron que el contacto precoz con la realidad clínica podría orientar los planes de estudio hacia el contexto social de la práctica médica, facilitaría la transición al ámbito clínico y la interacción con los pacientes e incrementaría la motivación de los estudiantes.

En el lado opuesto, se puede abogar por mantener la situación tradicional aduciendo que el contacto precoz tiende al desaprovechamiento del tiempo, dada la escasa formación clínica de los estudiantes y la necesidad de reducir la carga docente de otras materias preclínicas para esta nueva orientación.

A día de hoy, la situación más habitual en nuestras facultades de Medicina es que las prácticas clínicas se inicien en tercero y estén dirigidas a la docencia de la anamnesis y de la exploración clínica, básicamente. En cuarto y quinto, las prácticas se realizan en las especialidades médicas o quirúrgicas para el aprendizaje de las entidades clínicas más prevalentes en cada una de ellas. Sin embargo, se presta menos atención a los aspectos psicosociales asociados a la enfermedad, al trabajo multidisciplinar o al profesionalismo médico, que son atendidos durante el rotatorio clínico de sexto y de forma muy significativa durante la formación especializada⁵.

Consideramos que este acercamiento a la práctica clínica en sucesivos compartimentos impide al estudiante de Medicina obtener una visión global de la realidad asistencial y de la atención sanitaria en sus diferentes niveles, desde los equipos de atención primaria hasta los sociosanitarios y hospitalarios, y del trabajo en equipos multidisciplinarios. Si desde el principio de su formación se proporciona al estudiante una visión transversal de la medicina, se está facilitando la comprensión de determinados aspectos de la profesión médica, como los valores profesionales, la comunicación, los modelos de relación clínica o el trabajo multidisciplinar. Todo ello conllevaría la posibilidad de crear profesionales polivalentes y críticos, capaces de responsabilizarse de su propia autoformación y de trabajar en entornos cambiantes, y que puedan introducir cambios sustanciales en las dinámicas asistenciales cuando en el futuro tengan la oportunidad de hacerlo⁵. Así mismo, la necesidad de que los estudiantes tengan experiencias en diversos ámbitos sanitarios ha sido reconocida por la propia World Federation of Medical Education⁶.

Los estudiantes señalan los beneficios del contacto precoz con la realidad asistencial e indican aspectos destacables, como la percepción de la enfermedad por los pacientes, la necesidad de una comunicación clara, la valoración de los aspectos más humanísticos de la práctica médica y la con-

cepción integral de la persona enferma. También es reseñable que la experiencia del contacto precoz mejora la consideración de los estudiantes de la importancia de las ciencias básicas e incrementa la motivación por los estudios. Actualmente muchos estudiantes consideran que las asignaturas preclínicas deben ser franqueadas, como si de un obstáculo se tratara, para llegar a las asignaturas clínicas: motivo por el cual eligieron estudiar Medicina. La inclusión de asignaturas de introducción a la práctica clínica o de contacto precoz con la realidad asistencial no solo puede satisfacer una curiosidad, sino que contribuye a reafirmar su decisión de dedicarse a la medicina⁵.

Evidentemente existen puntos de vista opuestos a este contacto precoz de los estudiantes con la práctica clínica, que señalan la falta de conocimientos básicos para un aprovechamiento real del tiempo⁷. Sin embargo, el objetivo de este contacto precoz no es el aprendizaje del manejo clínico, sino una introducción general del funcionamiento del sistema sanitario y de sus profesionales, a través de la observación directa en escenarios reales de la relación médico-paciente, las técnicas de comunicación y los condicionantes sociales que modulan la enfermedad.

A pesar de la más que probable bondad del método, existen condicionantes en la actividad diaria que pueden dificultar su realización, como la presión asistencial, la falta de tiempo, la carga de trabajo añadida y la dificultad para dar el adecuado *feedback* a los estudiantes. Estos aspectos pueden ser muy relevantes y deben ser tenidos en cuenta en la planificación de las actividades docentes.

Contacto precoz. Cuándo y cómo

En un intento de contestar a las preguntas planteadas de forma objetiva, Dornan y cols. realizaron una revisión sistemática de los resultados publicados en la bibliografía médica sobre contacto precoz de los estudiantes de Medicina⁸. Sus conclusiones en 2006, tras el análisis de 73 estudios sobre este tema realizados entre 1992 y 2001, fueron que la inmersión precoz con la clínica mejora la empatía hacia los pacientes y la construcción de una autoconciencia, y también mejora el nivel de satisfacción con el plan de estudios. Además, les da mayor confianza en la relación con los pacientes y mejora su percepción del profesionalismo. Estos resultados fueron ampliados por Yardley y cols. en 2010, con 24 nuevos estudios del período 2002-2008, y añadieron que el contacto precoz facilita a los estudiantes el entendimiento de las perspectivas del paciente y de la comunidad sobre la salud y la enfermedad⁹.

Recientemente, Wenrich y cols. realizaron un estudio comparativo de tres tipos de contacto precoz con la práctica clínica (acompañar a un médico de familia en su consulta en momentos concretos durante el primer o el segundo curso una estancia de cuatro semanas en un área de salud rural o urbana entre el primer y el segundo curso, y estancias puntuales con un profesor a nivel hospitalario, que actúa como mentor de un grupo de alumnos de segundo curso). Su conclusión es que los estudiantes reciben beneficios diferentes de las distintas experiencias clínicas y deben tener la posibilidad de exponerse a todas ellas¹⁰. La inmersión clínica en el área de salud y la estancia con un médico de familia facilita a los estudiantes el entendi-

miento de la práctica real de la medicina y la elección futura de la especialidad. Por su parte, la estancia con un profesor y con un grupo de alumnos, ayuda a mejorar su confianza en la práctica clínica, en la adquisición de habilidades y en el trabajo en equipo.

La experiencia de la Universidad Autónoma de Madrid

La experiencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) con respecto al contacto precoz del estudiante de Medicina es pionera y está dirigida, desde su inicio en 1991, por médicos de familia y especialistas en medicina preventiva y salud pública, con la participación conjunta de los departamentos de Medicina y de Medicina Preventiva a través de la Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria^{11,12}.

En el curso 1991/92, coincidiendo con una revisión del plan de estudios de la licenciatura de Medicina, se incorporó la asignatura optativa Contacto precoz con el paciente en atención primaria, de seis créditos (60 horas), y se mantuvo ininterrumpidamente hasta el inicio del plan de estudios Verifica del grado de Medicina en el curso 2010/11. Esta asignatura, ofertada a alumnos del tercer curso de carrera, siempre completó la oferta de 75 plazas por año, lo que sumó un total de 1.425 alumnos matriculados a lo largo del período 1991-2010. Fue estructurada con el formato de un trabajo dirigido académicamente, como una actividad docente personalizada y tutelada por un médico de familia perteneciente a uno de los centros de salud adscritos a la UAM.

Los resultados obtenidos y la favorable evaluación de esta asignatura fueron el punto de partida de la nueva asignatura de grado, Inmersión precoz en la clínica, asignatura obligatoria del primer año de carrera a partir del curso 2010/11. El plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UAM fue modificado en el año 2014 (BOE nº 155, 26 de junio de 2014): se transformó la asignatura de Inmersión precoz en la clínica, de 3 ECTS (*European Credit Transfer System*), en Introducción a la práctica clínica, de 5 ECTS, y pasó al segundo año de carrera. Su primera edición se realiza en el curso 2015/16, con la participación conjunta de médicos de familia y médicos internistas.

Tras el primer año de impartición de la asignatura Inmersión precoz en la clínica se pidió a los alumnos una evaluación cualitativa de la misma. La asignatura fue calificada como muy útil, práctica e interesante por casi la totalidad de los alumnos. Lo más valorado fue la estancia en los centros de salud y destacaron la experiencia del contacto directo con los pacientes y de poder vivir y conocer la práctica real de la medicina y de la profesión médica. También manifestaron que la asignatura había supuesto una oportunidad para reflexionar y que les había servido como motivación y como ayuda para reafirmarse en su decisión de convertirse en médicos. Se mencionaban igualmente aspectos relacionados con la adquisición de actitudes y con los valores pro-

fesionales. Esta evaluación se ha ido repitiendo en años sucesivos y los resultados han sido similares.

Conclusiones

En suma, el contacto clínico precoz con el paciente motiva a los estudiantes en su elección vocacional y les anima para el esfuerzo exigido por las materias básicas de los primeros cursos, a la vez que les facilita una mejor comprensión de la práctica clínica real y del sistema sanitario. En este proceso de aprendizaje es fundamental el papel de los médicos clínicos generales como tutores docentes y modelos de profesionalidad. De esta forma, los médicos de familia en la atención primaria, al igual que los médicos internistas en el entorno hospitalario, contribuyen con su visión generalista a guiar a los estudiantes en estos primeros contactos con la práctica clínica.

Bibliografía

1. Casademont J, Porcel JM, Vargas JA, González J. Situación actual de la enseñanza de la Patología General en España. *Rev Clin Esp.* 2013;213:421-7.
2. General Medical Council. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education.* London: General Medical Council; 1993.
3. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical Schools and Residency.* San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
4. Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. *BMJ.* 2004;329:834-7.
5. Baños JE, Sentí M, Miralles R. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. *Educ Med.* 2011;14:39-47.
6. World Federation for Medical Education. *International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes.* *Med Educ.* 1998;32:549-58.
7. Haffling AC, Hakansson A, Hagander B. Early patient contact in primary care: a new challenge. *Med Educ.* 2001;35:901-8.
8. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach.* 2006;28:3-18.
9. Yardley S, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V, Dornan T. What has changed in the evidence for early experience? Update of a BEME systematic review. *Med Teach.* 2010;32:740-6.
10. Wenrich MD, Jackson MB, Wolfhagen I, Ramsey PG, Scherpbier AJJ. What are the benefits of early patient contact? A comparison of three preclinical patient contact settings. *BMC Med Educ.* 2013;13: 80.
11. Otero A, Carreira J, Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina: evaluación de la rotación en centros de salud. *Aten Primaria* 1992;9:512-5.
12. De Lorenzo-Cáceres A, Otero A, Calvo E, Engel JL. Contacto precoz del alumno con el paciente en atención primaria. Una experiencia de aprendizaje basada en la resolución de problemas. *Educ Med.* 1998;1:24-31.