



PREPARANDO LA PRUEBA ECOE TRANSVERAL DE MEDICINA Habilidades y competencias

*Dra. Sonsoles Musoles Martínez-Curt
D^a Ángela María García de la Chica
Dra. Belén Merck Navarro*

SERIE MEDICINA

PREPARANDO LA PRUEBA ECOE TRANSVERAL DE MEDICINA Habilidades y competencias

*Dra. Sonsoles Musoles Martinez-Curt
D^a Ángela María García de la Chica
Dra. Belén Merck Navarro*



VALÈNCIA 2020

PREPARANDO LA PRUEBA ECOE TRANSVERAL DE MEDICINA

Habilidades y competencias

Dra. Sonsoles Musoles Martínez-Curt

D^a Ángela María García de la Chica

Dra. Belén Merck Navarro

Reservados todos los derechos.

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio sin la preceptiva autorización.

Diseño: AG-LCB

Ilustración de cubierta:

© Del texto: Las autoras

© De esta edición Psylicom Ediciones

ISBN: 978-84-121567-1-3

Depósito Legal: V- 217-2020

Imprime: ByPrint

Impreso en España/*Printed in Spain*

INTRODUCCIÓN

El Examen de Competencias Objetivo y Estructurado (ECO) es un examen práctico en el que se evalúan competencias clínicas: anamnesis, exploración, manejo clínico (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), habilidades de comunicación, habilidades técnicas (sutura, sondaje, etc.) o preventivas, en situaciones clínicas habituales en el quehacer diario del médico.

El alumno, además de demostrar que tiene los conocimientos de diferentes áreas médicas, tendrá que demostrar su capacidad para historiar y explorar pacientes, valorar exploraciones complementarias, realizar juicios diagnósticos, demostrar sus habilidades en procedimientos prácticos y su capacidad de comunicación y para enfrentarse a situaciones de práctica clínica con mayor o menor riesgo vital para el paciente, de una forma trasversal. Es decir, que está capacitado para ser médico.

Los alumnos se preparan para enfrentarse a esta prueba, después de haber demostrado tener los conocimientos (en los exámenes teóricos), y tras haber realizado prácticas clínicas tanto en ambiente real (hospitalario y ambulatorio) como en centros de simulación clínica.

Tras 6 años de dedicación a la coordinación de las prácticas de 6º curso de medicina y preparación de la prueba ECO, hemos detectado el estrés que supone la misma para los alumnos. En parte, porque les cuesta imaginar cómo se evalúa dicha prueba.

Existen diversas publicaciones en inglés que ayudan a la preparación de pruebas de competencias (OCSE en nomenclatura anglosajona) e igualmente pueden encontrarse rúbricas de evaluación en internet, igualmente en inglés. En ambos casos, se parte habitualmente de casos clínicos concretos, que podrían salir (o han salido) en diferentes exámenes ECO, y han demostrado ser útiles para los estudiantes.

Las posibilidades de casos que pueden aparecer en una ECO son cuasi-infinitos, y las habilidades y los ítems a evaluar en cada estación, dependen del organizador de la prueba, por lo que también las posibilidades en cada examen son de una tremenda variabilidad.

Es por ello que en este caso, se ha pretendido dar un enfoque más global, sin basarnos en casos concretos, con la intención de que la herramienta resulte más versátil: dependiendo del caso que se enfrente, el escenario de la estación, y las instrucciones de la misma, podría ser aplicable una sola parte de la rúbrica; todos los aspectos, pero con ítems más o menos desglosados; o parte de diferentes rúbricas, con la esperanza de que este abordaje sea de utilidad a los alumnos, y les permita afrontar la prueba con mayor seguridad en sí mismos (y para profesores que deben preparar y/o evaluar dichas pruebas).

El libro se estructura en dos grandes apartados: A)-habilidades técnico-procedimentales, y B).- Gestión de paciente con... En este segundo apartado se abordan síntomas por los que frecuentemente consultan los pacientes en la clínica de atención primaria o en

urgencias, de forma que, en parte, el ejercicio deba practicar el diagnóstico diferencial de las potenciales causas de los casos clínicos.

El formato que se ha elegido, es el de rúbrica de evaluación, donde se encuentran diferentes Items, que habitualmente pueden ser evaluados en una estación ECOE. En una ECOE, el evaluador dispone de una rúbrica en la que habitualmente señala si el ítem ha sido cubierto correctamente por el alumno o no. Cada uno de estos ítems, puede tener un valor diferente que es definido por el organizador de la prueba, y que habitualmente solo él/ella conoce, de forma que, en conjunto, la prueba tenga ítems que den una puntuación total para cada habilidad, que en el caso de España, debe estar de acuerdo con lo acordado por la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDFM).

En la mayoría de los casos, para cada ítem evaluable, se han incluido recordatorios o consejos sobre la respuesta/actitud que debería realizar el alumno en la prueba.

En algunos casos, se han incluido ítems, que aun estando dentro de una rúbrica de anamnesis o de exploración o de gestión de paciente, corresponden a habilidades de comunicación, o de profesionalismo, o de aspectos ético-legales, pero que, por estar dentro de la dinámica natural de la visita clínica, pueden ser evaluados en una estación ECOE al mismo tiempo.

Sonsoles Musoles
Universidad Cardenal Herrera CEU

ÍNDICE

HABILIDADES TÉCNICO-PROCEDIMENTALES

VALORACIÓN DE VÍA AÉREA	11
MANEJO DE LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE CON COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA Y CONSCIENCIA.....	13
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BÁSICO ADULTO	17
SUTURAS EN MEDIO EXTRAHOSPITALARIO	20
LAVADO QUIRÚRGICO.....	26
PUESTA DE GUANTES Y BATA ESTÉRIL DE FORMA AUTÓNOMA.....	28
REALIZACIÓN Y MEDICIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA	30
EXPLORACIÓN RECTAL DIGITAL (TACTO RECTAL)	35
LECTURA SISTEMÁTICA DE RX TORAX.....	37

MANEJO DEL PACIENTE CON... (Incluye anamnesis, exploración física y gestión del paciente)

MANEJO DEL PACIENTE CON TOS	43
MANEJO DEL PACIENTE CON DIARREA	50
MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO AGUDO	57
MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL	64
MANEJO DEL PACIENTE CON MAREO-VÉRTIGO	71
MANEJO DEL PACIENTE CON DISNEA	78
MANEJO DEL FRACASO RENAL AGUDO (FRA)	85
MANEJO DE PACIENTE CON DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO	90
MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE TRASTORNO DE CONCIENCIA NO TRAUMÁTICO	106

ANEXO

ESCALAS EMPLEADAS EN VÍA AÉREA.....	113
TOS.....	114
DIARREA.....	115

DOLOR ABDOMINAL	116
MAREO/VÉRTIGO	117
DISNEA	118
TROMBEMBOLISMO	119
ESTADO DE CONCIENCIA	121
ESCALA SCREENING Y EVOLUCIÓN ANSIEDAD/DEPRESIÓN	124
ESCALAS UTILIZADAS EN HEPATOPATÍAS.....	125
OTRAS	126

MANEJO DEL PACIENTE CON...
**(Incluye anamnesis, exploración física
y gestión del paciente)**

MANEJO DEL PACIENTE CON TOS

ANAMNESIS

Objetivo de la anamnesis será identificar tos crónica, la causa (antes de dar ningún tratamiento, recordar que la tos es síntoma defensivo fisiológico que no debe eliminarse antes de identificar la causa) y Síntomas de alarma:

Hemoptisis, ronquera, producción importante de esputo, síntomas sistémicos, enfermedad por reflujo gastroesofágico, tos complicada con: pérdida de peso, anemia, hematemesis, disfagia.

RÚBRICA DE ANAMNESIS PACIENTE CON TOS	SI/ NO	VALOR PONDERADO
Se presenta e identifica al paciente (nombre y fecha de nacimiento o edad).		
Pregunta por motivo de consulta.		
Invita al paciente/familiar a que explique el problema.		
Antecedentes personales		
Pregunta por Alergias o RAM.		
Pregunta por patologías conocidas. <i>En este caso de especial relevancia EPOC, asma, atopia, infección bronquial, problemas cardiovasculares, problemas de reflujo gastroesofágico u otras patologías digestivas, o patologías neurológicas que favorezcan aspiraciones.</i>		
Pregunta por consumo de fármacos habituales o cambiados recientemente. <i>En este caso especial relevancia IECAS, ARAII, Betabloqueantes (en pacientes sensibles).</i>		
Pregunta por exposiciones laboral y ambiental a tóxicos (<i>pintores, mecánicos, mineros, trabajadores textiles...</i>). Y exposición directa o indirecta a tabaco.		
Pregunta por apneas del sueño.		
Enfermedad actual		
Pregunta por Forma de presentación y característica. <i>Súbita: cuerpo extraño.</i> <i>Productiva: proceso inflamatorio, infeccioso o carcinoma broncogénico, RGE, asma.</i> <i>Seca: faringotraqueítis viral, IECA, sinusitis, neoplasia broncopulmonar.</i> <i>Persistente: asma, bronquitis crónica, bronquitis eosinofílica.</i> <i>Recurrente: infección tracto respiratorio superior recurrente.</i> <i>Paroxística: tos ferina, cuerpo extraño.</i> <i>Hemoptoica: bronquitis crónica, tuberculosis, carcinoma broncogénico, fibrosis quística, bronquiectasias, hemosiderosis pulmonar</i>		

<p>Pregunta por predominio temporal de aparición/alivio: Predominio nocturno: <i>sinupatía, asma, RGE o insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), hiperreactividad de la vía aérea.</i> Desaparición nocturna: <i>tos psicógena o EPOC.</i> Predominio matutino: <i>goteo postnasal y bronquitis crónica.</i> Diurna y nocturna: <i>considerar IECA.</i> Estacional: <i>asma y alergia respiratoria.</i> Postprandial: <i>RGE o fistulas.</i></p>		
<p>Pregunta por la duración de la tos, y la clasifica adecuadamente. Aguda: menos de 3 semanas (se pueden asociar con infecciones virales tales como la traqueítis aguda o la neumonitis, o con una bronconeumonía bacteriana. La tos asociada con un episodio febril agudo y que se acompaña de ronquera se debe, por lo general, a una laringotraqueobronquitis.) Subaguda: de 3 a 8 semanas (por frecuencia, relación con IECAS). Crónica: más de 8 semanas</p>		
<p>Síntomas acompañantes:</p>		
<p>Pregunta si el paciente siente sensación de que algo le baja por la garganta y se acompaña de tos, secreciones, rinorrea y congestión nasal: <i>Síndrome goteo postnasal: Es debido a rinitis alérgica o no, vasomotora, sinusitis y faringitis aguda.</i></p>		
<p>Pregunta por disnea y sibilancias. Asma: episodios nocturnos o desencadenados por el ejercicio, apareciendo tos, disnea y sibilancias.</p>		
<p>Pregunta por acompañarse de dolor retroesternal, pirosis, regurgitación, molestias abdominales o sabor amargo de boca, aunque la tos puede ser el único síntoma. <i>Si tiene curso postprandial, RGE (reflujo gastroesofágico).</i></p>		
<p>Pregunta si por el contrario coincide el inicio con la toma de alimentos. <i>Importante en niños o ancianos: Aspiración.</i></p>		
<p>Pregunta si tiene o ha tenido en días previos cuadro de fiebre o febrícula, malestar general, dolores musculares: <i>Tos postinfecciosa: antecedentes de infección respiratoria en los dos meses previos. Presentan una tos transitoria y autolimitada.</i></p>		
<p>Pregunta si presenta disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, o edemas: ICC</p>		
<p>Pregunta si la tos se acompaña de expectoración tres meses al año durante al menos dos años consecutivos. Bronquitis crónica.</p>		
<p>Pregunta si la expectoración es mucopurulenta abundante. Bronquiectasias.</p>		
<p>Pregunta por astenia, anorexia y pérdida significativa de peso (definida como una disminución involuntaria del 5 % del peso corporal total en 6 meses). <i>Se debe sospechar de TBC o de cáncer.</i></p>		

Pregunta por diaforesis. <i>Si la sudoración excesiva es especialmente nocturna, hay que sospechar de TBC.</i>		
Pregunta por situaciones de estrés o problemas emocionales. <i>Tos psicógena: es un diagnóstico de exclusión. Es más frecuente en adolescentes y en individuos que presentan problemas emocionales o de estrés.</i>		
Valoración general de seguridad y orden coherente en la realización de la anamnesis.		

EXPLORACIÓN

Algunos de los ítems incluidos no responden a habilidades de exploración, sino a comunicación, profesionalismo, u otras, pero se incluyen para ayuda a la preparación de ECOE, pues en la estación pueden evaluar varias habilidades

RÚBRICA DE EXPLORACIÓN DE PACIENTE CON TOS	SI/ NO	VALOR PONDERADO
Se presenta e identifica al paciente (nombre y fecha de nacimiento o edad).		
Toma o solicita Constantes Vitales: Temperatura: <i>fiebre (infección)</i> , TA, perfusión e hidratación, aspecto de piel y mucosas (<i>ictericia, palidez, petequias, etc.</i>).		
Inspecciona el aspecto general para detectar detriero del estado general y aspectos de gravedad.		
Explica al paciente que le va a hacer una exploración y obtiene su consentimiento verbal.		
Toma las medidas oportunas para mantener la intimidad del paciente (corre cortina, suministra paño para cubrirse...).		
Pide al paciente que se coloque SENTADO y se descubra el torax (no necesario inicialmente quitar e sujetador).		
Se lava las manos.		
Pregunta al paciente si tiene algún dolor y que le indique en qué localización.		

Exploración ORL.		
Explora el conducto auditivo externo. <i>Las otitis y tapones de cerumen pueden ser la causa de tos.</i>		
Utiliza el otoscopio correctamente y pregunta si produce dolor. <i>Endereza las curvaturas del canal auditivo tirando de la pabellón auricular, y luego introduce el cono desechable del otoscopio en el oído externo. Es importante apoyarse sobre la cabeza del paciente, mediante la colocación del dedo índice o el dedo meñique sobre su cara, para asegurar la estabilidad de la mano que sostiene el otoscopio y evitar lesiones en el conducto auditivo externo. El examinador mira a través de una lente en la parte posterior del cabezal, y explora el interior del canal auditivo.</i>		
Explora el interior de las fosas nasales. <i>Observar si la mucosa de los cornetes está enrojecida, inflamada, la presencia de flujo nasal y sus características, que orientaría a rinitis y sdre. de Goteo Nasal Posterior.</i>		
Explora la orofaringe. <i>Para detectar signos inflamatorios en mucosas que orienten a patología de vas aéreas superiores, faringoamigdalitis, laringitis, afectación de cuerdas vocales, etc.</i>		
Exploración torácica		
Realiza inspección de cuello (<i>busca signos de tiraje, o de ingurgitación yugular, cicatriz de tiroidectomía, etc.</i>) y tórax (<i>busca diferencias en movimiento de hemicampos, deformidades, cicatrices, etc.</i>).		
Realiza la auscultación pulmonar correctamente <i>Utilizando una sistemática, de abajo a arriba y comparando, para cada punto de auscultación, el mismo en el hemitorax contralateral.</i>		

<p>Sabe describir correctamente los hallazgos auscultatorios anormales.</p> <p><u>Ruidos respiratorios anormales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ESTERTORES SECOS (predominio espiratorio): <ul style="list-style-type: none"> — Roncus: grave continuo (estrechamiento de bronquio de grueso calibre). Si hay secreción se modifica con la tos. — Sibilantes: agudo que predomina claramente s espiración (estrechamiento bronquios de pequeño calibre) • ESTERTORES HÚMEDOS (mayor intensidad en inspiración) o Crepitantes: de origen alveolar (neumonías, edema pulmonar). Subcrepitantes de menor intensidad (hemoptisis, neumonías en resolución.) De burbuja: origen bronquial con conflicto aire líquido. En inspiración y espiración y se modifican con la tos (bronquiectasias, enfisema). Cavernosos: en cavernas tuberculosas, bronquiectasias, abscesos pulmonares. • SOPLOS: Soplo tubárico (auscultación de la respiración bronquítica sobre los campos pulmonares en lugar del murmullo vesicular. Indica solidificación pulmonar. Intensidad ligera (atelectasia), mediana (neumonía) o fuerte (tumores). Soplo cavernoso: en grandes cavidades superficiales con condensación pericavitaria. Soplo anfórico: cavernoso de timbre metálico, se ausculta en los dos tiempos respiratorios. Soplo pleural: suave, agudo y espiratorio. • RUIDOS AGREGADOS se suman al murmullo vesicular: Roce pleural: inflamación de la serosa, en inspiración y espiración. <p><u>Modificación de la auscultación de la voz (“diga 33”):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Broncofonía: aumento de la resonancia vocal (condensaciones y cavidades). — Pectoriloquia: simple (palabra clara y articulada, cavernas), áfona (voz cuchicheada muy clara, derrames y condensaciones). — Egofonía: tembloroso (voz de cabra) en parte superior de los derrames pleurales. — Ecofonía: sonido vocal en eco. — Anforofonía: resonancia aumentada (neumotórax). 		
<p>Realiza auscultación cardíaca (<i>buscando posibles causas de potencial ICC</i>).</p>		
<p>Solicita al paciente que se ponga en decúbito supino y explora abdomen en caso de sospecha de causa gastroesofágica y busca masas abdominales. <i>Para descartar caso fuera de vías respiratorias, sobre todo en tos crónica o que no revierte al tratamiento.</i></p>		
<p>Busca edemas en miembros inferiores.</p>		
<p>Valoración global de la exploración, sistemática, seguridad, y orientación efectiva según sospecha diagnostica derivada de la anamnesis.</p>		

GESTIÓN

RÚBRICA DE GESTION DE PACIENTE CON TOS	SI/ NO	VALOR PONDERADO
Pruebas complementarias		
Solicita radiografía de tórax PA y Lat. <i>A todos los pacientes con tos crónica debe realizárseles una radiografía de tórax.</i>		
Solicita Analítica sanguínea. Como mínimo Hemograma y Bioquímica básica.		
Solicita radiografías de senos paranasales (cuatro proyecciones).		
Espirometría con prueba broncodilatadora. <i>Se debe realizar en todos los pacientes con tos crónica. En el caso de que no esté disponible y que, por la clínica, exista una sospecha de asma puede considerarse la medición en el domicilio del flujo espiratorio máximo o pico flujo de manera seriada.</i>		
Se identifican alérgenos específicos en los test cutáneos o el RAST, <i>en caso de sospecha de rinitis alérgica</i>		
Solicita detección de eosinófilos en sangre y esputo (<i>ante sospecha de asma alérgica, bronquitis eosinofílica</i>).		
Si las pruebas anteriores (Fase I diagnóstico disponibles desde AP), no se obtiene el diagnóstico, realiza derivación a especialista para fase II de diagnóstico.		
Valoración Global sobre solicitud de pruebas complementarias, ajustadas a sospecha diagnóstica, y eficientes para sus objetivos confirmatorios.		
Tratamiento en AP se recomienda el tratamiento empírico y secuencial basado en un protocolo		
Prescribe suspender IECA, tabaco u otra posible sustancia sospecha causal durante 2 meses y revisión de efecto.		
Prescribe si sospecha de goteo nasal posterior: Se inicia tratamiento con antihistamínicos por vía oral (<i>dexbromfeniramina 3mg/12h, azatadina 1mg/12h, ebastina 10mg/24h o loratadina 10mg/24h</i>) asociado si es necesario a vasoconstrictores (<i>sulfato de pseudoefedrina 60mg/12h por vía oral o xilometazolina 1mg/8-12h por vía nasal</i>) durante una semana, e incluso añadir corticoides nasales (<i>budesonida 200mgr/24h, fluticasona (100 mgr/24h), beclometasona (100mgr/12h)</i>) sobre todo si la rinitis es más intensa. Los antihistamínicos de nueva generación no son eficaces para el tratamiento de la tos aguda ocasionada por rinitis postinfecciosa.		

<p>Prescribe ante sospecha de asma: Los esteroides inhalados (<i>budesonida, beclometasona, fluticasona</i>) son los fármacos más eficaces, ocasionalmente asociados a beta2 agonistas por vía inhalada, para aliviar la tos. En algunos casos es necesario emplear una pauta de esteroides orales (30mg/día de prednisona durante 7-14 días).</p>		
<p>Prescribe ante <u>sospecha de rinosinusitis alérgica</u> irrigación de fosas nasales con suero salino, corticoides orales. Prescribe ante sospecha de <i>sinusitis purulenta</i> antibióticos hasta 3 meses.</p>		
<p>En caso de no fumador. <u>Si sospecha bronquitis eosinofílica</u>: prescribe Inhibidores de bomba de protones (IBP) cada 12h durante 2 meses, <i>en caso de sospecha de RGE o RLE</i>, si se da: no fumador, no consumo de IECA, radiografía de tórax normal y ausencia de asma, de goteo nasal posterior y de bronquitis eosinofílica no asmática. <i>El uso de esteroides, prednisona o equivalentes a 1mg/kg/día, reduce el número de eosinófilos y las manifestaciones de la tos.</i></p>		
<p><u>Prescribe tratamiento sintomático antitusígenos</u>, en caso de afectación importante de la calidad de vida del paciente. <i>Este tratamiento elimina el reflejo de la tos, sin eliminar la causa o mecanismo patogénico implicado. Se plantea en casos con diagnóstico que afectan calidad de vía de forma importante.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos que actúan sobre factores mucociliares irritantes. <ul style="list-style-type: none"> — <i>Bromuro de ipratropio</i> . — <i>Dexbromfeniramina más pseudoefedrina</i>. • Fármacos que aumentan el umbral de tos refleja: <ul style="list-style-type: none"> — <i>Narcóticos: Los opiáceos son los antitusígenos más eficaces conocidos, el más empleado es la codeína (10-20mg/6h los adultos y 0,25mg/kg/6h los niños).</i> — <i>No narcóticos: El dextrometorfano (15-30mg/6-8h en adultos y 5-10mg/6h en niños) es el fármaco no opiáceo de acción tusígena central, más utilizado.</i> 		
<p>Valoración global sobre actuación terapéutica, ajustadas a sospecha diagnóstica, grado de afectación de la calidad de vida y eficientes para sus objetivos.</p>		

ANEXO

TOS

Síntomas de alarma en pacientes con TOS
<ul style="list-style-type: none"> • Hemoptisis, ronquera, producción importante de esputo, • Síntomas sistémicos, • Enfermedad por reflujo gastroesofágico, • Tos complicada con: pérdida de peso, anemia, hematemesis, disfagia o nula respuesta al tratamiento específico, atragantamiento o vómitos, neumonías recurrentes o radiografía de Tórax anómala

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) CRITERIO DE DERIVACIÓN AL HOSPITAL

CURB-65 (hospital) vs CRB-65 (ambulatorio) Evaluación de la gravedad de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en pacientes mayores de 65 años		
<i>Se emplea CRB-65 en el ambulatorio ya que no depende de la uremia (un dato analítico)</i>		
Letra	Signo/dato analítico correspondiente	Score
C	Compromiso de la conciencia	1
U	Uremia: BUN > 19 mg/dl	1
R	Frecuencia respiración FR ≥ 30	1
B	PAS < 90 mmHg. ó PAD < 60 mmHg.	1
Manejo según numeración de CRB-65 (ambulatorio): 0-1: TTO ambulatorio; 2: posible ingreso; 3-4: ingreso obligado (por alto riesgo de fallecimiento)		

Deseo adquirir la obra:

Aquí: <https://www.psylicomediciones.com/p7321509-preparando-la-prueba-ecoe-transveral-de-medicina-habilidades-y-competencias.html>

www.lowcostbooks.es



[Psylicom Distribuciones Editoriales](#)



Envíos gratuitos sin gastos

Ejercer la medicina exige el conocimiento extenso de las enfermedades y de su tratamiento. El Grado de Medicina ofrece el estudio de los contenidos teóricos, y, también, el aprendizaje de las competencias y habilidades necesarias para ser médico. La ECOE al final del grado evalúa la adquisición de dichas habilidades y competencias clínicas, mediante el uso de rúbricas. Presentamos una primera relación de situaciones clínicas con rúbricas detalladas que esperamos ayuden a los estudiantes a prepararse para la ECOE.

LOW
COST

books

