

Libro de
ABSTRACTS

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL SEFSE areda

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA



APRENDERÁS
SEGURO



www.geyseco.es/sefse19



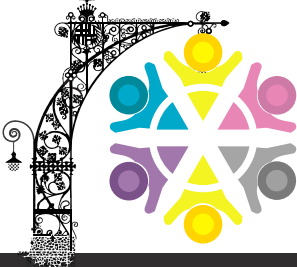
sefse@geyseco.es



[@sefse19](https://twitter.com/sefse19)



Secretaría Técnica: Geyseco Tel 932 21 22 42



APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| COMUNICACIÓN ID | Pág | APELLIDO, NOMBRE |
|-----------------|-----|--|
| 0119 | 22 | ABAD, JORGE |
| 0060 | 130 | ACEITUNO, MARIA ANGELES |
| 0144 | 68 | ACEÑA, ROSA |
| 0147 | 139 | AGUILAR GARCÍA-ITURROSPE, EDUARDO JESÚS |
| 0155 | 83 | |
| 0157 | 43 | |
| 0052 | 144 | ALARCÓN, MARÍA DE LAS MERCEDES |
| 0058 | 93 | |
| 0066 | 123 | ALBALADEJO, MARÍA |
| 0120 | 138 | |
| 0034 | 78 | ALBANELL, JOAN |
| 0035 | 120 | |
| 0061 | 16 | ALCARAZ, JOSEP |
| 0072 | 81 | ALONSO, HÉCTOR |
| 0145 | 106 | |
| 0095 | 70 | |
| 0085 | 59 | ALONSO, HUGO |
| 0131 | 26 | ALONSO, IRIS |
| 0113 | 48 | ALONSO, JULIA |
| 0114 | 99 | |
| 0115 | 100 | |
| 0116 | 53 | |
| 0071 | 72 | ALONSO, MARIO |
| 0065 | 45 | ÁLVAREZ, FRANCISCO JOSÉ |
| 0033 | 143 | ALVAREZ, PILAR |
| 0062 | 131 | ANARTE, CARMEN |
| 0063 | 94 | |
| 0064 | 122 | |
| 0167 | 107 | ANDRES, RAFA |
| 0050 | 57 | ANGELATS, LAURA |
| 0128 | 41 | ANGELES, GERARD SERGI |
| 0129 | 42 | |
| 0082 | 14 | ANGUITA, MANUEL |
| 0011 | 12 | AÑEZ, CRISTOBAL |

| | | |
|------|-----|----------------------------------|
| 0054 | 116 | ARAGÓN, MARÍA JOSÉ |
| 0056 | 91 | |
| 0059 | 121 | |
| 0132 | 104 | |
| 0051 | 31 | ARAGONÉS, MIRIAM |
| 0144 | 68 | |
| 0089 | 11 | |
| 0150 | 49 | ARANDA, MIQUEL |
| 0018 | 77 | ARGUDO, EDUARD |
| 0014 | 76 | ARIAS, ROSARIO |
| 0134 | 63 | ASTALS, MONICA |
| 0088 | 135 | AUTET, ÁUREA |
| 0108 | 34 | AVILA, ALICIA |
| 0149 | 32 | |
| 0159 | 69 | |
| 0163 | 56 | |
| 0146 | 27 | AZKARATE, BEGOÑA |
| 0098 | 18 | |
| 0072 | 81 | |
| 0095 | 70 | BALLESTERO, ROBERTO |
| 0145 | 106 | |
| 0154 | 51 | BAÑERAS, JORDI |
| 0082 | 14 | |
| 0097 | 96 | BAÑO, JUAN JESÚS |
| 0094 | 82 | BAQUEDANO, FRANCISCO JA- VIER |
| 0111 | 137 | BARBERÀ, JÚLIA |
| 0168 | 85 | BARBERO, JUAN D |
| 0102 | 67 | BARROSO, SONIA |
| 0157 | 43 | BELLVER, FRANCISCO |
| 0017 | 128 | BELTRÁN, ANA |
| 0097 | 96 | BENAVIDES, JORGE ALEJAN- DRO |
| 0071 | 72 | BENNASAR, MARIA DEL MAR |
| 0129 | 42 | BERGE, RAQUEL |
| 0074 | 145 | BERLANGA, SOFIA |
| 0104 | 152 | BERNAL, RUBÉN |
| 0075 | 132 | BERNAL, RUBÉN JOSÉ |
| 0084 | 134 | BLANCO, AGUSTÍN |
| 0046 | 60 | |



APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

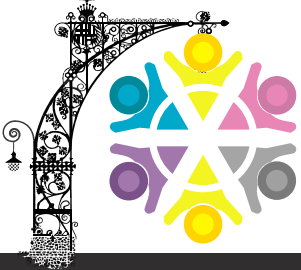
BARCELONA
AUDITORIAXA

IV
6, 7 y 8
NOVIEMBRE
DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| | | |
|------|-----|------------------------------------|
| 0012 | 110 | BLANCO, ANA |
| 0156 | 140 | BOBES, JULIO |
| 0082 | 14 | BONANAD, CLARA |
| 0025 | 88 | BOTELLA, CARMEN |
| 0026 | 89 | |
| 0027 | 111 | |
| 0028 | 129 | |
| 0029 | 90 | |
| 0044 | 113 | |
| 0138 | 124 | BRIÓ, MONICA |
| 0023 | 17 | BRUNET, ÁNGELA |
| 0051 | 31 | BURGOS, PALOMA |
| 0053 | 115 | |
| 0054 | 116 | |
| 0056 | 91 | |
| 0057 | 92 | |
| 0059 | 121 | |
| 0121 | 101 | CABAÑAS, JACOBO |
| 0122 | 102 | |
| 0038 | 79 | CABERO, ANDRÉS |
| 0023 | 17 | CABEZAS, INÉS |
| 0025 | 88 | CABRERA, JOSE MARÍA |
| 0026 | 89 | |
| 0027 | 111 | |
| 0028 | 129 | |
| 0029 | 90 | |
| 0044 | 113 | |
| 0107 | 52 | CACERES, PIERO |
| 0009 | 66 | CALABOZO, MARCELO |
| 0024 | 13 | |
| 0065 | 45 | |
| 0098 | 18 | |
| 0047 | 80 | CALDERON, SUSANA |
| 0020 | 36 | CALVO, NATALIA |
| 0130 | 61 | |
| 0031 | 112 | CAMPILLO, M ^a TERESA |
| 0014 | 76 | CAMPILLO, MAITE |
| 0144 | 68 | CAMPODARVE, ISABEL |
| 0168 | 85 | CAPILLA, ALICIA |
| 0065 | 45 | CARAMÉS, JAIME |
| 0022 | 87 | CARDOZO, MAXIMILIANO PABLO AGUSTÍN |
| 0015 | 119 | CARO, CONXI |
| 0107 | 52 | CARPI, INES |

| | | |
|------|-----|-----------------------|
| 0130 | 61 | CARRERAS, BERNAT |
| 0152 | 65 | |
| 0052 | 144 | CARRILLO, CÉSAR |
| 0058 | 93 | |
| 0089 | 11 | CASAS, CARMÉ |
| 0046 | 60 | CASES, CRISTINA |
| 0084 | 134 | |
| 0091 | 62 | CASTRO, PEDRO |
| 0092 | 24 | |
| 0099 | 15 | |
| 0102 | 67 | |
| 0018 | 77 | CERDAN, MARIA D. |
| 0019 | 50 | |
| 0146 | 27 | CERQUEIRA, MARIA JOSÉ |
| 0149 | 32 | |
| 0112 | 30 | |
| 0165 | 23 | |
| 0108 | 34 | |
| 0159 | 69 | |
| 0163 | 56 | CERVERA, BEATRIZ |
| 0141 | 44 | |
| 0164 | 54 | |
| 0091 | 62 | CERVERA, RICARD |
| 0092 | 24 | |
| 0120 | 138 | CIFRE, APOLONIA |
| 0080 | 133 | CIURANA, MONTSERRAT |
| 0081 | 150 | |
| 0109 | 37 | CLARET, GEMMA |
| 0131 | 26 | |
| 0133 | 105 | |
| 0098 | 18 | CLAVER, AITOR |
| 0037 | 58 | CLAVERO, CARMEN |
| 0109 | 37 | COLOM, ANNA |
| 0023 | 17 | COLOMÉS, LLUÍS |
| 0124 | 103 | COMERMA, ALICIA |
| 0013 | 127 | CONDE, DAVID |
| 0089 | 11 | CORREDERA, MAITE |
| 0063 | 94 | CORTÉS, AMPARO |
| 0037 | 58 | CREMADES, ANA ISABEL |
| 0070 | 35 | |



APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

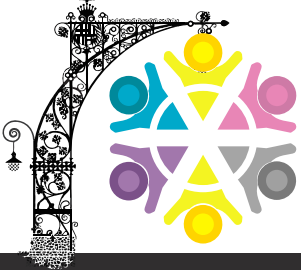
NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| | | |
|------|-----|------------------------------|
| 0025 | 88 | CUBILLANA, JOSÈ DOMINGO |
| 0026 | 89 | |
| 0027 | 111 | |
| 0028 | 129 | |
| 0029 | 90 | |
| 0044 | 113 | |
| 0050 | 57 | CUCURULL, MARC |
| 0011 | 12 | DE DOCENCIA, COMISIÓN |
| 0072 | 81 | DEL MORAL, IGNACIO |
| 0080 | 133 | DENIEL, JOAN |
| 0081 | 150 | |
| 0017 | 128 | DIAZ, PILAR |
| 0144 | 68 | DÍAZ, TATIANA |
| 0065 | 45 | DÍEZ, SANTIAGO |
| 0023 | 17 | DOMENECH, JOAN |
| 0012 | 110 | DOMINGUEZ, JULIAN MANUEL |
| 0049 | 114 | DONLO, CONCEPCIÓN |
| 0051 | 31 | DORADO, ANA |
| 0047 | 80 | DUART, JULIO |
| 0047 | 80 | ELEJALDE, IGNACIO |
| 0061 | 16 | ÉLEZ, ELENA |
| 0111 | 137 | ESCRIBANO, ALICIA |
| 0050 | 57 | ESPAÑA, SOFÍA |
| 0054 | 116 | ESPINOSA, JUAN CARLOS |
| 0119 | 22 | ESTEBAN, LLUÍS |
| 0097 | 96 | ESTEBAN, MARÍA ELENA |
| 0022 | 87 | ESTEPA, VERÓNICA |
| 0007 | 126 | ESTEVA, MAGDALENA |
| 0150 | 49 | ESTEVE, MARIELLE |
| 0168 | 85 | ESTEVE, MARINA |
| 0015 | 119 | ESTRADA, CRISTINA |
| 0107 | 52 | ESTRUCH, MARIA CARMEN |
| 0030 | 149 | ETTINGHAUSEN, DIDAC |
| 0147 | 139 | ETXEANDIA-PRADERA, JON IÑAKI |
| 0155 | 83 | |
| 0156 | 140 | |
| 0157 | 43 | FELIU, ALBERT |
| 0023 | 17 | |
| 0092 | 24 | FERNÁNDEZ-VALENCIA, JENARO |
| 0085 | 59 | FERNÁNDEZ, ANXO |
| 0091 | 62 | FERNÁNDEZ-VALENCIA, JENARO |
| 0109 | 37 | FERNÁNDEZ, CARMEN VIRGINIA |
| 0133 | 105 | |
| 0117 | 33 | FERNÁNDEZ, CRISTINA |

| | | |
|------|-----|------------------------|
| 0097 | 96 | FERNÁNDEZ, JACINTO |
| 0059 | 121 | FERNANDEZ, LUIS |
| 0055 | 108 | |
| 0056 | 91 | |
| 0057 | 92 | |
| 0132 | 104 | |
| 0103 | 97 | FERNÁNDEZ, MARIBEL |
| 0082 | 14 | FERNANDEZ, ROSA |
| 0152 | 65 | FERNÁNDEZ, XACOBE |
| 0071 | 72 | FERRAGUT, MARIA |
| 0013 | 127 | FERRÁNDEZ, OLIVIA |
| 0106 | 25 | FERRERO, EDUARDO |
| 0100 | 151 | FERRIOLS, ELENA |
| 0070 | 35 | FIGUEROLA, ANTONI |
| 0124 | 103 | FILIP, MARICICA |
| 0051 | 31 | FLORES, LUIS ALBERTO |
| 0053 | 115 | |
| 0055 | 108 | |
| 0056 | 91 | |
| 0057 | 92 | |
| 0132 | 104 | FONSECA, FRANCINA |
| 0033 | 143 | |
| 0015 | 119 | FONT, ROSER |
| 0108 | 34 | FRAMIS, CHANTAL |
| 0007 | 126 | FUSTER, MARIA |
| 0112 | 30 | GALAN DE JUANA, MIGUEL |
| 0165 | 23 | GALAN DE JUANA, MIGUEL |
| 0015 | 119 | GALDAMEZ, ALBERTO |
| 0044 | 113 | GALIAN, JOSE ANTONIO |
| 0025 | 88 | |
| 0026 | 89 | |
| 0027 | 111 | |
| 0028 | 129 | |
| 0029 | 90 | GALINDO, CRISTINA |
| 0105 | 98 | |
| 0150 | 49 | GALLART, ELISABETH |
| 0009 | 66 | GALLEGO, INÉS |
| 0113 | 48 | GARCÍA, ANA |
| 0114 | 99 | |
| 0115 | 100 | |
| 0116 | 53 | |
| 0098 | 18 | |



APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORI AXA

IV

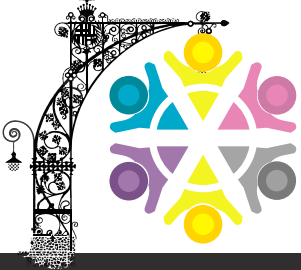
6, 7 y 8

NOVIEMBRE
DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| | | |
|------|-----|-------------------------|
| 0051 | 31 | GARCÍA, ANA MARTA |
| 0053 | 115 | |
| 0057 | 92 | |
| 0132 | 104 | |
| 0100 | 151 | GARCÍA, EMÉRITA |
| 0086 | 39 | GARCIA, FERNANDO |
| 0100 | 151 | GARCÍA, LAURA |
| 0060 | 130 | GARCIA, ROSA |
| 0086 | 39 | GARMENDIA, CRISTINA |
| 0087 | 146 | |
| 0161 | 147 | |
| 0130 | 61 | GAROLERA, MAITE |
| 0134 | 63 | GARRIDO, ROSER |
| 0131 | 26 | |
| 0071 | 72 | GARRIGA, SEBASTIA |
| 0015 | 119 | GIMENEZ, NURIA |
| 0128 | 41 | GOMAR, CARMEN |
| 0129 | 42 | |
| 0075 | 132 | GÓMEZ, FRANCISCO JAVIER |
| 0104 | 152 | |
| 0129 | 42 | GÓMEZ, LIDIA |
| 0111 | 137 | GONZÁLEZ, ANDRÉS |
| 0141 | 44 | GONZÁLEZ, AURORA |
| 0164 | 54 | |
| 0022 | 87 | |
| 0025 | 88 | |
| 0026 | 89 | GONZALEZ, EDUARDO |
| 0027 | 111 | |
| 0028 | 129 | |
| 0029 | 90 | |
| 0044 | 113 | |
| 0013 | 127 | |
| 0086 | 39 | |
| 0087 | 146 | GONZALEZ, ISABEL |
| 0161 | 147 | GONZÁLEZ, JOSÉ CARLOS |
| 0157 | 43 | |
| 0024 | 13 | |
| 0009 | 66 | GONZÁLEZ, MARIA JESÚS |
| 0053 | 115 | GONZÁLEZ, MARÍA NIEVES |
| 0055 | 108 | |
| 0057 | 92 | |
| 0132 | 104 | |
| 0051 | 31 | |
| 0090 | 136 | GOÑI, ADRIANA |
| 0098 | 18 | GORROÑO GOITIA, ANA |

| | | |
|------|-----|--|
| 0013 | 127 | GRAU, SANTIAGO |
| 0089 | 11 | GRIÑÓ, ARACELI |
| 0134 | 63 | GRUPO DE TRABAJO DE LA SCEPC, TUTORES PIR DE LAS UNIDADES DOCENTES DE CA- TALUNYA |
| | | GUADARRAMA, FCO. JAVIER |
| 0106 | 25 | GUARCH, JOANA |
| 0130 | 61 | |
| 0134 | 63 | GUERRA, RAQUEL |
| 0060 | 130 | GUERRERO, ALBERT |
| 0138 | 124 | GUIX, MARTA |
| 0034 | 78 | |
| 0035 | 120 | |
| 0106 | 25 | GUTIERREZ, MARTA |
| 0054 | 116 | HEREDIA, JESÚS |
| 0055 | 108 | |
| 0056 | 91 | |
| 0059 | 121 | HERNÁNDEZ, JOSE LUIS |
| 0100 | 151 | |
| 0152 | 65 | HERNÁNDEZ, JUAN |
| 0080 | 133 | HERNÁNDEZ, MIREIA |
| 0081 | 150 | |
| 0012 | 110 | HERNÁNDEZ, MONSERRAT |
| 0087 | 146 | HERNANDEZ, SILVIA |
| 0082 | 14 | HERRERA, IVAN |
| 0095 | 70 | HOLANDA, MARIA SOLEDAD |
| 0072 | 81 | HOLANDA, MARISOL |
| 0145 | 106 | |
| 0090 | 136 | HUARTE, MONICA |
| 0082 | 14 | HUELLOS, ANA |
| 0140 | 40 | HURTADO, ROSA MARÍA |
| 0038 | 79 | IBÁÑEZ, CRISTINA |
| 0129 | 42 | |
| 0009 | 66 | IDOIAGA, ELIXABETE |
| 0020 | 36 | JACAS, CARLOS |
| 0143 | 153 | JIMÉNEZ, ELENA |
| 0166 | 84 | |
| 0133 | 105 | JORDÁN, IOLANDA |
| 0109 | 37 | JOVELL, ESTHER |
| 0089 | 11 | |
| 0061 | 16 | JUAREZ, MONSERRAT |
| 0144 | 68 | JUSTICIA, AZUZENA |
| 0014 | 76 | |
| 0033 | 143 | |
| 0127 | 153 | LANDÍN, LUIS |
| 0167 | 107 | LATORRE, JAVIER |



APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

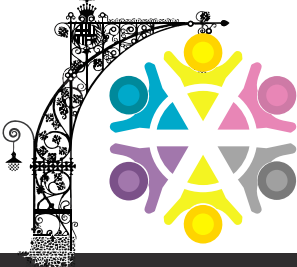
6, 7 y 8

NOVIEMBRE
DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| | | |
|------|-----|------------------------|
| 0063 | 94 | LÁZARO, OLGA |
| 0053 | 115 | LAZO, SERGIO |
| 0054 | 116 | |
| 0055 | 108 | |
| 0056 | 91 | |
| 0059 | 121 | |
| 0141 | 44 | LEMA, JORGE |
| 0164 | 54 | |
| 0133 | 105 | LÓPEZ, AITOR |
| 0073 | 71 | LÓPEZ, ALONSO |
| 0124 | 103 | LOPEZ, LAURA |
| 0090 | 136 | LÓPEZ, LLUNA |
| 0129 | 42 | LÓPEZ, MANUEL |
| 0104 | 152 | LÓPEZ, MARÍA PILAR |
| 0119 | 22 | LOPEZ, MARTA |
| 0149 | 32 | LÓPEZ, MÓNICA |
| 0146 | 27 | |
| 0140 | 40 | LÓPEZ, PAULA MARÍA |
| 0075 | 132 | LOPEZ, PILAR |
| 0062 | 131 | LORENZO, ANTONIO |
| 0063 | 94 | |
| 0064 | 122 | |
| 0078 | 21 | LOZANO, ALBA |
| 0079 | 95 | |
| 0078 | 21 | LOZANO, LUIS |
| 0079 | 95 | |
| 0091 | 62 | LOZANO, RAIMUNDO |
| 0092 | 24 | |
| 0131 | 26 | LUACES, CARLES |
| 0073 | 71 | LUPIA, MARTINA |
| 0031 | 112 | LUQUE, EVA |
| 0072 | 81 | MAESTRE, JOSE MARIA |
| 0128 | 41 | MAGALDI, MARTA |
| 0152 | 65 | MAMANO, MAR |
| 0100 | 151 | MAMBLONA, FELISA MARÍA |
| 0084 | 134 | MANCHEÑO, MIKEL |
| 0046 | 60 | |
| 0022 | 87 | MANRIQUE, SUSANA |
| 0014 | 76 | MARTÍ, JOSEP |
| 0031 | 112 | |
| 0099 | 15 | MARTIN-SANTOS, ROCIO |
| 0087 | 146 | MARTIN, HELENA |
| 0097 | 96 | MARTÍN, JUAN FRANCISCO |
| 0011 | 12 | MARTIN, PEDRO |
| 0053 | 115 | MARTÍN, PILAR |

| | | |
|------|-----|-------------------------------------|
| 0112 | 30 | MARTÍN, SEBASTIÁN |
| 0165 | 23 | |
| 0147 | 139 | MARTÍNEZ-URIBE, DANIEL |
| 0155 | 83 | |
| 0156 | 140 | MARTÍNEZ, DANIEL |
| 0157 | 43 | |
| 0097 | 96 | MARTÍNEZ, LYDIA |
| 0141 | 44 | MARTÍNEZ, M ^a DEL CARMEN |
| 0164 | 54 | |
| 0060 | 130 | |
| 0111 | 137 | MARTÍNEZ, ROCÍO |
| 0130 | 61 | MARTINEZ, YOLANDA |
| 0088 | 135 | MAS, MARIA JOSÉ |
| 0071 | 72 | |
| 0034 | 78 | MASCLANS, JOAN RAMÓN |
| 0035 | 120 | |
| 0105 | 98 | |
| 0064 | 122 | MASOLIVER, ÁNGEL |
| 0062 | 131 | |
| 0063 | 94 | |
| 0083 | 47 | MASSONS, JOSEP |
| 0065 | 45 | MATTHIES, CARMEN |
| 0050 | 57 | MESÍA, RICARD |
| 0149 | 32 | MESTRE, NÚRIA |
| 0159 | 69 | |
| 0163 | 56 | |
| 0146 | 27 | MIRALLES, JERÓNIA |
| 0007 | 126 | |
| 0066 | 123 | |
| 0121 | 101 | MIRANDA, JUAN |
| 0122 | 102 | |
| 0052 | 144 | MOLINA, FRANCISCO |
| 0058 | 93 | |
| 0138 | 124 | MOLINA, IZARBE |
| 0149 | 32 | MOLINS, AINHOA |
| 0159 | 69 | |
| 0163 | 56 | |
| 0146 | 27 | MOLL, M. ANGELS |
| 0108 | 34 | |
| 0159 | 69 | |
| 0163 | 56 | MONROY, NIEVES |
| 0070 | 35 | |
| 0013 | 127 | MONTERO, ALBERT |
| 0104 | 152 | MONTERO, MARÍA ANTONIA |
| 0119 | 22 | MONTÓN, CONCEPCIÓN |



APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

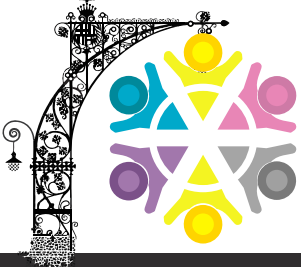
NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| | | |
|------|-----|----------------------------------|
| 0138 | 124 | MONTORO, AMPARO |
| 0025 | 88 | |
| 0026 | 89 | |
| 0027 | 111 | MONZÓ, ELISABETH |
| 0028 | 129 | |
| 0029 | 90 | |
| 0044 | 113 | |
| 0112 | 30 | |
| 0165 | 23 | MORÁN, JESÚS M. |
| 0156 | 140 | |
| 0133 | 105 | MORÁN, SANDRA |
| 0109 | 37 | |
| 0050 | 57 | MORAN, TERESA |
| 0090 | 136 | MORENO, LAURA |
| 0086 | 39 | |
| 0087 | 146 | MORENO, LEONOR |
| 0161 | 147 | |
| 0075 | 132 | MORENO, MARÍA ANTONIA |
| 0152 | 65 | MORILLA, IVETTE |
| 0022 | 87 | MUNAR, FRANCISCA |
| 0007 | 126 | |
| 0066 | 123 | MUÑOZ, RAQUEL |
| 0120 | 138 | |
| 0131 | 26 | MUÑOZ, DAVID |
| 0106 | 25 | NARVAEZ, CRISTINA |
| 0102 | 67 | NAVINÉS, RICARD |
| 0088 | 135 | NIETO, EVARISTO |
| 0107 | 52 | NOGUERA, JOANA |
| 0017 | 128 | |
| 0031 | 112 | |
| 0033 | 143 | NOHALES, GLORIA |
| 0034 | 78 | |
| 0035 | 120 | |
| 0073 | 71 | |
| 0105 | 98 | |
| 0086 | 39 | OCAÑA, JAVIER |
| 0141 | 44 | OLIVARES MARÍN, FRANCISCO JAVIER |
| 0164 | 54 | |
| 0099 | 15 | |
| 0102 | 67 | OLIVE, VICTORIA |
| 0031 | 112 | OLLER, SILVIA |
| 0033 | 143 | OLLER, SILVIA |
| 0120 | 138 | ORTEGA, JUAN |
| 0049 | 114 | OTAMENDI, ISABEL |
| 0037 | 58 | PALMER, PATRICIA |

| | | |
|------|-----|--------------------------|
| 0030 | 149 | PARALS, NÚRIA |
| 0144 | 68 | PARAMIO, ALBERTO |
| 0085 | 59 | PARDO, SANDRA |
| 0091 | 62 | |
| 0092 | 24 | PASÍN, DIGNA |
| 0105 | 98 | PECEÑO, ELISABETH |
| 0015 | 119 | PEDRAZAS, DAVID |
| 0111 | 137 | PEGUERO, EVA |
| 0099 | 15 | PEÑA, ANTONIO |
| 0062 | 131 | |
| 0063 | 94 | PEÑA, CLOTILDE |
| 0064 | 122 | |
| 0128 | 41 | PERDOMO, JUAN MANUEL |
| 0052 | 144 | |
| 0058 | 93 | PÉREZ, ANA TERESA |
| 0037 | 58 | PÉREZ, CAROLINA ASUNCIÓN |
| 0009 | 66 | |
| 0065 | 45 | PÉREZ, EVA |
| 0098 | 18 | |
| 0024 | 13 | PÉREZ, EVA MARÍA |
| 0149 | 32 | PÉREZ, LUCÍA |
| 0061 | 16 | |
| 0150 | 49 | PÉREZ, MARCOS |
| 0154 | 51 | |
| 0103 | 97 | PERTÍÑEZ, JUDIT |
| 0113 | 48 | |
| 0114 | 99 | |
| 0115 | 100 | PIEDRA, RAUL |
| 0116 | 53 | |
| 0018 | 77 | |
| 0019 | 50 | PINTADO, DOLORS |
| 0091 | 62 | |
| 0092 | 24 | PONS, FRANCESCA |
| 0128 | 41 | |
| 0080 | 133 | PONT, LAIA |
| 0107 | 52 | POQUET, JAIME |
| 0140 | 40 | PORTELA, MANUEL |
| 0070 | 35 | PRADANA, MARI LUZ |
| 0152 | 65 | PRADO, JAVIER |
| 0133 | 105 | PRETEL, CARLA |
| 0088 | 135 | PUIG, MARTA |
| 0099 | 15 | |
| 0102 | 67 | PUJOL, LAURA |
| 0024 | 13 | QUINTANA, SILVIA |
| 0017 | 128 | |
| 0073 | 71 | RAMADA, JOSÉ MARÍA |



APRENDERÁS
SEGURO



Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

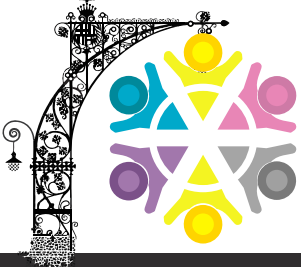
NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| | | |
|------|-----|---------------------------------|
| 0120 | 138 | RAMÍREZ, JOSÉ IGNACIO |
| 0020 | 36 | RAMOS-QUIROGA, JOSEP ANTONI |
| 0111 | 137 | RASCÓN, ANA |
| 0075 | 132 | REDONDO, FRANCISCO JAVIER |
| 0104 | 152 | |
| 0064 | 122 | RENAU, ADELA |
| 0143 | 153 | REYERO, MIGUEL |
| 0166 | 84 | |
| 0060 | 130 | RIDAO, SAIDA |
| 0150 | 49 | RIERA, JORDI |
| 0127 | 28 | RIERA, JUDIT |
| 0066 | 123 | RIPOLL, JOANA |
| 0112 | 30 | RIQUELME, ARNOLDO |
| 0165 | 23 | |
| 0124 | 103 | ROCA, LAURA |
| 0072 | 81 | |
| 0095 | 70 | RODRIGO, EMILIO |
| 0145 | 106 | |
| 0030 | 149 | RODRIGO, FRANCISCO |
| 0020 | 36 | RODRÍGUEZ, AMANDA |
| 0061 | 16 | |
| 0119 | 22 | RODRÍGUEZ, DIEGO |
| 0020 | 36 | |
| 0127 | 28 | RODRÍGUEZ, MÓNICA |
| 0061 | 16 | |
| 0154 | 51 | |
| 0100 | 151 | RODRÍGUEZ, SUSANA |
| 0022 | 87 | ROGES, XAVIER |
| 0121 | 101 | ROJAS, GIOVANI |
| 0122 | 102 | |
| 0141 | 44 | ROLDÁN, ANA ISABEL |
| 0164 | 54 | |
| 0030 | 149 | ROMÁN, JOSEP |
| 0162 | 141 | ROMANILLOS, JUAN OSCAR |
| 0037 | 58 | ROS, FERNANDO |
| 0070 | 35 | |
| 0083 | 47 | ROSELL, MAGDALENA |
| 0106 | 25 | RUBIO, EDUARDO |
| 0156 | 140 | RUIZ DE GAUNA, PILAR |
| 0094 | 82 | RUIZ DE LA CUESTA, MARÍA TERESA |
| 0154 | 51 | RUIZ, CÉSAR W. |
| 0047 | 80 | RUPEREZ, EVA |
| 0156 | 140 | SAENZ, MARGARITA |

| | | |
|------|-----|--|
| 0047 | 80 | SÁEZ, ANA |
| 0049 | 114 | |
| 0113 | 48 | |
| 0114 | 99 | SAEZ, ELENA |
| 0115 | 100 | |
| 0116 | 53 | |
| 0103 | 97 | SÁEZ, SANDRA |
| 0014 | 76 | |
| 0031 | 112 | SALGADO, PURIFICACIÓN |
| 0033 | 143 | |
| 0023 | 17 | SALVAT, MERCÉ |
| 0113 | 48 | |
| 0114 | 99 | SANCHEZ-SECO, PAULA |
| 0115 | 100 | |
| 0116 | 53 | |
| 0009 | 66 | SÁNCHEZ, CRISTINA |
| 0124 | 103 | SANCHEZ, IRENE |
| 0138 | 124 | SANCHEZ, JOSE MANUEL |
| 0038 | 79 | SANCHEZ, MARIA ARANZAZU |
| 0117 | 33 | |
| 0124 | 103 | SANCHEZ, MARIA JOSE |
| 0086 | 39 | SANMARTIN, PATRICIA |
| 0088 | 135 | SANTISTEVE, RAMON |
| 0011 | 12 | SANZ, ESTHER |
| 0007 | 126 | |
| 0066 | 123 | SARMIENTO, MANUEL |
| 0070 | 35 | |
| 0120 | 138 | |
| 0087 | 146 | SCHOEBEL, NATALIA |
| 0071 | 72 | SEGURA, VERONICA |
| 0017 | 128 | |
| 0073 | 71 | SERRA, CONSOL |
| 0034 | 78 | |
| 0035 | 120 | SERVITJA, SONIA |
| 0134 | 63 | SOCIETAT CATALANA D'ESPECIALISTES EN PSICOLOGIA CLÍNICA, JUNTA |
| 0109 | 37 | SOLITO, CLAUDIA |
| 0060 | 130 | SUNYER, CRISTINA |
| 0128 | 41 | TENA, BEATRIZ |
| 0138 | 124 | TOR, ENCARNACIÓ |
| 0088 | 135 | TORRAS, GEMMA |
| 0007 | 126 | TORRENS, ISABEL |
| 0102 | 67 | TORTAJADA, MARTA |
| 0131 | 26 | TRENCHS, VICTORIA |
| 0062 | 131 | VALS, SILVIA |



APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

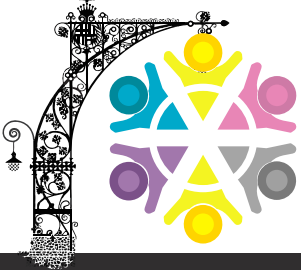
CONGRESO NACIONAL

SEFSE areda

Sociedad Española de

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

| | | |
|------|-----|------------------------------------|
| 0054 | 116 | VAQUERIZO, EVA |
| 0055 | 108 | |
| 0057 | 92 | |
| 0059 | 121 | |
| 0132 | 104 | |
| 0099 | 15 | VARELA, PILAR |
| 0119 | 22 | VENDRELL, MONSERRAT |
| 0134 | 63 | VENTURA, CRISTINA |
| 0075 | 132 | VERDUGO, GEMA |
| 0104 | 152 | |
| 0037 | 58 | VIDAL, JOSE ANTONIO |
| 0066 | 123 | VIDAL, M ^a CLARA |
| 0020 | 36 | VIDAL, RAQUEL |
| 0130 | 61 | |
| 0074 | 145 | |
| 0017 | 128 | VILLAFAFILA, ROSA |
| 0073 | 71 | VILLAR, ROCÍO |
| 0106 | 25 | VIVAS, ALFREDO |
| 0112 | 30 | YULITTA, HORACIO |
| 0165 | 23 | |
| 0113 | 48 | |
| 0114 | 99 | YUSTE, BEATRIZ |
| 0115 | 100 | |
| 0116 | 53 | |
| 0047 | 80 | |
| 0049 | 114 | ZABALEGUI, ASCENSION |
| 0049 | 114 | ZABALEGUI, MARIA ASCENSION |
| 0049 | 114 | ZABALZA, BEATRIZ |
| 0107 | 52 | ZARAGOZA, MIREIA |
| 0049 | 114 | ZUGARRAMURDI, M ^a PILAR |



APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL

SEFSE areda

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

COMUNICACIONES ORALES EN SESIÓN PLENARIA



SESIÓN PLENARIA



C0089 RESIDENTES E INDUSTRIA FARMACÉUTICA: ¿PODRÍA AFECTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Miquel Aranda Sánchez, Esther Jovell Fernández, Maite Corredera García, Carme Casas Martínez, Araceli Griñó Guimerà

Consorci Sanitari Terrassa (Barcelona) España

1 Justificación

La relación con la industria farmacéutica (IF) influye en la prescripción de medicamentos, hecho especialmente importante en residentes, con menos experiencia y más vulnerables. Esta prescripción “sesgada” puede hacer que no se sigan las guías clínicas adecuadamente, influir en una prescripción incorrecta y afectar al uso seguro de la medicación. En la mayoría de programas formativos no se incluye formación específica.

2 Objetivos

Describir la relación entre las figuras docentes de la Formación Sanitaria Especializada (FSE), los residentes y la IF.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal (Septiembre-October 2018): encuesta autoadministrada a residentes (medicina, enfermería y psicología), tutores, colaboradores docentes y otros profesionales que participan en la FSE. Datos recogidos: presencia de la IF en los servicios/centros de atención primaria, participación en actividades subvencionadas por la IF y opinión sobre cómo tendría que ser la relación entre la FSE-IF. Los resultados se expresan en frecuencias.

4 Resultados

Se enviaron encuestas a 260 profesionales obteniéndose 89 respuestas (34%): residentes 43 (48,3%), de los cuales 14 R1 (31,8%), tutores 21 (23,6%) y otros 25 (28,1%). Un 42,7% (38) respondieron que donde estaban asignados no existían criterios de periodicidad para atender a la IF. En 58 casos (65,2%) el acceso a la IF era libre. En el último año, un 62,9% (56) había asistido a alguna actividad docente organizada por la IF, un 29,2% (26) había participado en alguna actividad de investigación y un 57,3% (51) había recibido algún obsequio. Un 65,9% (58) opinaba que la relación profesional-IF influía en su prescripción y un 71,9% (64) que se tendría que regular la relación entre los residentes y la IF pero sólo un 43,8% (39) pensaba que tendría que formar parte de la formación obligatoria.

5 Conclusiones

Facilidad de acceso a la IF; influencia en la prescripción; no necesaria formación específica y sí regulación.



SESIÓN PLENARIA



C0011 EVALUACION DE LOS EFECTOS DE LOS PLANES DE GESTION DE CALIDAD DE LA DOCENCIA SOBRE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE RESIDENTES 2013-2019.

Cristobal Añez Simon, Pedro Martin Suero, Esther Sanz Girgas, Comisión de docencia

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII (Tarragona) España

1 Justificación

El Real Decreto de 2008 supuso un cambio organizativo muy importante de la Formación Sanitaria Especializada (FSE). Las auditorías posteriores promovieron un cambio importante en la organización, entre estos, destacar la realización de Planes de Gestión de Calidad Docente (PGCD).

2 Objetivos

El objetivo es evaluar los efectos de dos PGCD a través de los resultados de la encuesta de 2013 a 2019 de los residentes del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII (HJ23).

3 Material y Métodos

En 2011 se aprobó el primer PGCD del HJ23, este centró sus principales acciones en la organización de los procesos de gestión de la FSE. Desde 2011 los residentes responden una encuesta que tiene en cuenta 5 aspectos fundamentales: Planificación de la formación, Valoración de la Unidad docente (UD), Valoración del tutor, Valoración de las sesiones y Valoración de la Formación recibida. Los resultados de la encuesta se tratan de forma global, y posteriormente de forma individualizada con cada UD en una reunión a la que asisten los tutores con el responsable de la UD. Posteriormente deben presentar un plan de mejora. En 2017 se elaboró el segundo PGCD, éste incide de forma significativa sobre la formación transversal del residente.

4 Resultados

| Pregunta | 1er PGCD | | 2º PGCD | |
|--|----------|------|---------|-------|
| | 2013 | 2016 | 2017 | 2019 |
| ¿Conoces el plan formativo? | 3,87 | 3,91 | 4,22 | 4,46. |
| Proporción tiempo asistencia /docencia | 2,96 | 2,46 | 2,3 | 3 |
| Supervisión por el "staff" | 2,56 | 3,5 | 3,57 | 3,83 |
| Supervisión atención continuada | 3,32 | 3,26 | 3,43 | 3,87 |
| Valoración del tutor | 3,87 | 3,88 | 4,11 | 4,16 |
| Valoración sesiones | 2,56 | 3,45 | 3,38 | 3,92 |
| Formación en investigación | 2,32 | 2,26 | 2,31 | 3 |
| Formación global | 3,48 | 3,6 | 3,58 | 3,91 |

Revisamos las medidas aplicadas durante el periodo 2013-19.

5 Conclusiones

La gestión y evaluación de los procesos a través de los PGCD, junto con la aplicación de medidas correctoras, ha supuesto una mejora en los resultados evaluados mediante la encuesta anual de residentes



SESIÓN PLENARIA



C0024 GESTIÓN ONLINE DE LA EVALUACIÓN ANUAL DE RESIDENTES ADAPTADA AL PROGRAMA COMPETENCIAS CRUCES 2008 A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PORTAL TUTOR/RESIDENTE H.U. CRUCES

Eva María Pérez Morán, Marcelo Calabozo Raluy, María Jesús González García, Silvia Quintana García

**Hospital Universitario Cruces Barakaldo (Bizkaia) España*

1 Justificación

La nueva normativa de evaluación de 2018, ha supuesto un cambio en los documentos acreditativos obligatorios en la evaluación de residentes. Disponemos de una herramienta, la aplicación Portal Tutor/Residente que gestiona la formación de especialistas, y en la que se propone incorporar la evaluación alineada con el modelo propio de formación basada en competencias del Hospital.

2 Objetivos

1. Desarrollar documentos de evaluación acordes a normativa y modelo de competencias; 2. Automatizar la evaluación dentro del Portal Tutor Residente para facilitar la labor administrativa de tutores; 3. Agilizar el procedimiento administrativo de evaluación; 4. Disponer de una herramienta de consulta estructurada que aporte información detallada y actualizada del proceso de formación del residente y facilite su seguimiento.

3 Material y Métodos

1. Integración del informe de evaluación de la rotación asociando puntuación a rúbricas basadas en las competencias. 2. Gestión online de la solicitud, envío, recepción, autorización y/o validación a través de la aplicación de las evaluaciones de las rotaciones; Entrevistas tutor/residente; Memoria anual del residente; Actividades complementarias; Informe de evaluación anual del tutor; Informe de evaluación formativa anual por competencias del tutor; Evaluación anual por el Comité de Evaluación. 3. Reuniones con tutores, colaboradores docentes y residentes informando del nuevo modelo de evaluación así como del funcionamiento de la aplicación.

4 Resultados

268 residentes evaluados. 1343 rotaciones evaluadas; 1096 entrevistas tutor-residente registradas; 268 memorias anuales incluidas; 268 informes anuales por competencias; 2988 actividades complementarias validadas por los/as tutores/as: ASISTENCIA A CURSO/TALLERES: 1309; PONENTE EN SESIONES: 606; COMUNICACIONES ORALES: 239; POSTER: 515; PONENTE CURSO/TALLER: 120; PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN: 109; PUBLICACIONES: 90. Media de las calificaciones cuantitativas del Comité de Evaluación: 8,87.

5 Conclusiones

Se ha facilitado la labor administrativa de tutores, residentes y colaboradores docentes. La Aplicación tutor / residente es sencilla, ágil y segura y aporta información relevante para la formación y seguimiento del residente durante toda la residencia.



SESIÓN PLENARIA



C0082 Puntuación por diferentes especialistas médicos de la adquisición de habilidades no técnicas mediante simulación en residentes de cardiología

Jordi Bañeras Rius¹, Clara Bonanad Lozano², Rosa Fernandez Olmo³, Ivan Herrera Perez⁴, Manuel Anguita Sanchez⁵, Ana Huelmos Rodrigo⁶

¹hospital Valle Hebron (Barcelona) España

²hospital Clínico Universitario (Valencia) España

³complejo Hospitalario (Jaen) España

⁴centro De Simulación lavante (Granada) España

⁵hospital Reina Sofía (Cordoba) España

⁶hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) España

1 Justificación

El entrenamiento mediante simulación es un entorno seguro para mejorar la adquisición de habilidades no técnicas (HNT).

2 Objetivos

Evaluar si la adquisición de HNT está calificada de la misma manera por diferentes especialistas médicos

3 Material y Métodos

120 residentes de cardiología en su segundo año participaron en un programa de entrenamiento de HNT mediante simulación en atención cardiovascular aguda. Cada equipo constaba de tres residentes que participaron en 4 escenarios. Cada escenario fue calificado simultáneamente por un cardiólogo senior (grupo A) o un médico de emergencias senior (grupo B) a través de la escala TEAM. Esta herramienta es una medida de evaluación confiable de 11 ítems utilizada para calificar el liderazgo, el trabajo en equipo y la gestión de tareas. La puntuación del primer y cuarto escenario se comparó entre los dos grupos. Las variables continuas se resumieron como media \pm DE. Las pruebas T de Student se usaron para comparar medias.

4 Resultados

En el primer escenario, la puntuación media total de TEAM fue 27.92 (SD 6.83) y 31.67 (SD 7.59) (p 0.032), el liderazgo fue 4.95 y 5.09 (p 0.73), el trabajo en equipo 17.75 y 20.72 (p 0.01) y finalmente la gestión de tareas fue 5.22 y 5.90 (p 0.08) para A y B, respectivamente. En el cuarto escenario, la puntuación media total de TEAM fue 36.00 y 36.06 (p 0.97), el liderazgo fue 6.58 y 6.18 (p 0.31), el trabajo en equipo 22.88 y 23.35 (p 0.67) y finalmente la gestión de tareas fue 6.51 y 6.67 (p 0.69) para A y B, respectivamente. En general todas las puntuaciones de HNT mejoraron del primer al cuarto escenario en ambos grupos.

5 Conclusiones

Los residentes de Cardiología mejoran sus HNT en un programa de entrenamiento mediante simulación. Los cardiólogos y los médicos de emergencias están de acuerdo con sus puntuaciones al final de la capacitación.



SESIÓN PLENARIA



C0099 DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DE MAYOR IMPACTO EN LA SALUD DE LOS RESIDENTES EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Victoria Olive Cristany¹, Laura Pujol Franco¹, Antonio Peña Pulido², Pedro Castro Rebollo¹, Rocio Martin-Santos Laffon¹, Pilar Varela Perez¹

¹Hospital Clínic Barcelona (Barcelona) España

²Audit & Control Estrés, S.L. (Barcelona) España

1 Justificación

Los residentes de primer año en formación sanitaria especializada (FSE) presentan un aumento del estrés emocional y *burnout* (1). La medición de percepción de salud en la evaluación de riesgo psicosocial permitiría determinar aquellos factores de riesgo de mayor impacto en la salud de dicho colectivo.

2 Objetivos

Determinar el grado de correlación entre los factores de riesgo psicosocial y las dimensiones de salud en los residentes del Hospital Clínic, para identificar aquellos factores en los cuales priorizar un plan de acción preventivo.

3 Material y Métodos

Estudio transversal mediante la incorporación al cuestionario de la metodología FPSICO-INSHT 4.0 de variables de salud general, salud mental y vitalidad del SF36, y sintomatología conductual, somática y cognitiva relacionada con el estrés del cuestionario *Stress Profile*. Se estandarizaron las puntuaciones en una escala de 0-100.

4 Resultados

La participación fue del 31,38% (107/341). Todas las dimensiones psicosociales evaluadas obtuvieron correlaciones significativas ($p < 0,05$), en mayor o menor intensidad, con algunas de las escalas de salud estudiadas. Los factores exigencias emocionales, exigencias psicológicas, carga de trabajo y conflicto de rol correlacionaron desfavorablemente con las escalas del SF36 de salud mental y vitalidad y con las escalas del cuestionario *Stress Profile* de sintomatología conductual, somática y cognitiva. En general, las correlaciones más potentes ($r > 0,4$) se produjeron con la escala de vitalidad y sintomatología conductual. Se observó una tendencia desfavorable en las puntuaciones de salud obtenidas para las diferentes escalas a lo largo de la residencia.

5 Conclusiones

Posiblemente, actuar en las dimensiones identificadas, ayudará a prevenir el impacto en la salud mental de nuestros residentes debida a los factores psicosociales del entorno de trabajo. Los resultados deben interpretarse de manera cautelosa dada la baja participación obtenida.



SESIÓN PLENARIA



C0061 IMPLEMENTACION DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN LA TAREA TUTORIAL: DISEÑO DE UN PLAN ESTRATÉGICO TUTORIAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD

Marcos Pérez Carrasco¹, Amanda Rodríguez¹, Elena Élez¹, Josep Alcaraz², Montserrat Juarez¹, Mónica Rodríguez¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, (Barcelona) España

²Bcnsience (Barcelona) España

1 Justificación

La actividad del tutor de residentes se centra en la planificación, gestión, supervisión y evaluación de los residentes a su cargo. No hay hasta la fecha programas formativos reglados ni sistematizados dirigidos a la formación de tutores que aporten herramientas de gestión para la optimización de la actividad tutorial.

2 Objetivos

Analizar la situación global de los tutores de residentes de un hospital universitario de alta complejidad, en aspectos tanto internos como externos.

Definir objetivos estratégicos e identificar objetivos de mejora de la actividad tutorial.

3 Material y Métodos

Utilizando una variante de la metodología DAFO, se reunió una cohorte de tutores de residentes de diferentes especialidades durante 5 horas. Se dividieron en 6 grupos de trabajo y se desarrollaron cuatro fases: I) Diagnóstico de la situación actual (análisis interno y externo); II) Definición de la visión; III) Definición de objetivos estratégicos; IV) Identificación de acciones.

4 Resultados

La cohorte de tutores (61) representaba un 51% de los tutores del centro. Se plantearon 88 acciones en base a 31 objetivos estratégicos definidos, con diferentes jerarquías ("Quick-Win", potenciar acciones realizadas y acciones de innovación). Se designaron los líderes de proyecto para el diseño de los planes de acción de las necesidades detectadas de mayor importancia. La encuesta de valoración de la actividad mediante escala de Likert fue superior a "muy satisfecho" en el 100% de los participantes.

5 Conclusiones

La implementación de herramientas de gestión en la actividad tutorial hospitalaria genera un crecimiento y beneficios exponenciales a la hora de planificar mejoras tanto en formación como rol del tutor. La participación de los propios tutores en el análisis y diseño de un plan estratégico tutorial, permite conocer exhaustivamente los puntos clave a desarrollar y potenciar la adherencia de sus participantes a las actividades propuestas.



SESIÓN PLENARIA



C0023 LA PLATAFORMA MOODLE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN UN HOSPITAL

Lluís Colomé Figuera, Àngela Brunet Comas, Albert Feliu Rovira, Joan Domenech Calvet, Mercè Salvat Serra, Inés Cabezas Montero

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) España

1 Justificación

Justificación: La formación sanitaria especializada (FSE) es compleja y requiere de herramientas informáticas para cumplir con las exigencias de los requerimientos normativos. En el mercado existen paquetes informáticos con esta finalidad con costes elevados. La plataforma Moodle(PM) es virtual y gratuita, cuyo principal objetivo es la enseñanza on-line.

2 Objetivos

Objetivo: Presentar nuestra experiencia aprovechando la Plataforma Moodle, de la que disponemos en nuestro centro, para hacer la gestión integral de la formación sanitaria especializada.

3 Material y Métodos

Material y métodos: Aprovechando las características del Moodle se ha creado una herramienta útil para los tutores, los residentes y la propia comisión de docencia (CD). Con una formación avanzada de la secretaria de la CD, se han creado los siguientes apartados: Acción tutorial: (Aula de tutores, evaluación anual, final y rotaciones); BOE i DGOC: (Toda la información oficial que hace referencia a la FSE); Comisión de docencia: (Orden del día, actas aprobadas, memorias); Procedimientos clínicos: (Protocolos asistenciales); Encuestas de satisfacción: (permite su realización y la obtención de resultados). Formación transversal obligatoria: (programas y autoinscripción); Evaluación de los tutores: (encuesta del residente para valorar a los tutores); Guías MIR de todas las UD; Plan de gestión de la calidad docente; Rotaciones: (Documentos para gestionar las rotaciones externas); Sesiones generales del hospital: (calendario y resultados); Buzón de sugerencias/reclamaciones;

4 Resultados

Resultados: Desde hace 3 años esta herramienta está en pleno funcionamiento participando el 100% de toda la estructura docente: 1 jefe de estudios, 18 tutores, 69 residentes y 1 secretaria. Se han realizado 2 encuestas de satisfacción y se han gestionado 39 cursos de formación transversal. El análisis de los diferentes apartados permite confeccionar un cuadro de indicadores de la FSE.

5 Conclusiones

Conclusiones: La Plataforma Moodle, con una formación adecuada, permite hacer una gestión integral de la FSE y obtener indicadores y resultados para fijar objetivos anuales de mejora.



SESIÓN PLENARIA



C0098 RESULTADOS DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN USANDO SU ESCALA CUANTITATIVA Y UNA NUEVA ESCALA VERBAL EXPANDIDA BASADA EN RÚBRICAS ANALÍTICAS

Ana Gorroñoigoitia Iturbe¹, Marcelo Calabozo Raluy², Begoña Azkarate Ayerdi³, Eva Pérez Morán⁴, Aitor Claver Gallubo¹, Ana García Montero⁴

¹Unidad docente de atención familiar y comunitaria de Bizkaia (Bizkaia) España

²Hospital Universitario Cruces Barakaldo (Bizkaia) España

³OSI Donostialdea (Gipuzkoa) España

⁴OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces (Bizkaia) España

1 Justificación

En 2018 se publicó el nuevo formulario para evaluar las rotaciones. Este formulario utiliza una escala numérica para valorar la formación adquirida.

2 Objetivos

Disminuir la subjetividad y aumentar la consistencia de esta evaluación transformando su escala en una escala verbal expandida con niveles de desempeño que traduzcan el descriptor escogido por el evaluador a su equivalente numérico.

3 Material y Métodos

Para cada uno de los 11 apartados del informe de rotación se redactaron 6 rúbricas describiendo comportamientos observables y niveles de ejecución y asignando de forma automática una puntuación a cada uno. En el caso de “seguridad del paciente” y “valores profesionales” resultó difícil definir 6 niveles de desempeño, por lo que solo se redactaron 4 y 3, respectivamente.

Se realizó una prueba piloto con 51 tutores. Para lo que se les pidió que evaluaran un residente con el formulario original y, de forma ciega, lo volvieran a hacer 30 días después con el nuevo formulario.

Tras la prueba se realizó una encuesta de satisfacción a los evaluadores.

Se utilizaron el programa SPSS y la prueba de Wilkison.

4 Resultados

La puntuación global (medias) con la escala original y la nueva fue 8,27 y 8,49, con diferencia estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

Los resultados para cada uno de los 11 apartados no mostraron diferencias significativas con la escala original y la nueva, excepto en “seguridad del paciente” (8,22 frente a 9,10), “valores profesionales” (8,67 frente a 9,41), “razonamiento” (8,16 frente a 8,43) y “comunicación” (8,16 frente a 8,73).

Los tutores prefirieron el nuevo modelo basado en rúbricas, que consideraron más objetivo y fácil de cumplir.

5 Conclusiones

El uso de la escala verbal expandida facilita la evaluación. Para eliminar las diferencias entre ambas escalas en la siguiente versión de la escala verbal (en preparación) se precisan 6 descriptores para cada apartado y consensuar nuevas definiciones para “razonamiento” y “comunicación”.



SESIÓN PLENARIA



C0118 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS INFORMES DE INCIDENTE CRÍTICO DE LOS RESIDENTES

Aurora Fernández Moreno¹, Angel Alberquilla Menendez Asenjo¹, Araceli Garrido Barra²

¹Unidad Docente Centro de Madrid (Madrid) España

²Cs Barrio Del Pilar (Madrid) España

1 Justificación

La normativa alude al deber de supervisión y adquisición progresiva de responsabilidad por el residente. Pretende garantizar seguridad del paciente (SP) y aprendizaje del Especialista en formación. Analizar Informes de Incidente Crítico (IIC) (herramientas de práctica reflexiva clave) permitirá “aprender de errores”.

2 Objetivos

Objetivo principal

Identificar y caracterizar IIC relacionados con SP elaborados por MIR/EIR de una Unidad Docente (junio'18-abril'19).

Objetivos secundarios

1. Conocer frecuencia de IIC relacionados con SP.
2. Determinar frecuencia con que atribuyen problema de seguridad a supervisión inadecuada.
3. Describir medidas preventivas propuestas.

3 Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal. Revisados todos los IIC (junio'18-abril'19), se seleccionó aquellos que reflexionaban sobre SP (intento consciente de evitar lesiones al paciente por la asistencia). Variables: edad, género, año de residencia, centro salud (CS), hospital (H), lugar (H/CS/CSrural (CSR)) y actividad donde ocurrió (rotación (R)/guardia (G)), reflexión sobre el suceso (SI/NO), atribución a supervisión inadecuada (SI/NO) y propuesta de solución preventiva (SI: especificar/NO).

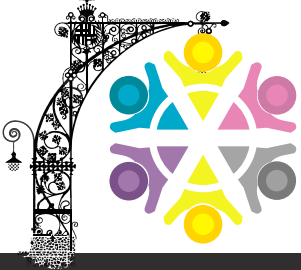
4 Resultados

390 ICC revisados: 65 (16,7%) reflexionaban sobre SP. 84,6% incidentes sucedieron en H y 80% durante la G del residente. En 50,8% el residente atribuyó problema de seguridad a supervisión inadecuada y 100% propuso solución para prevenir errores (20%: “cuestionar decisión del supervisor”; 40%: “mejorar conocimientos y habilidades del residente”). R1/R2 elaboraron IIC sobre SP más frecuentemente que R3/R4 (44,7% vs 25,8%; $p=0,013$) y más en uno de los 3 hospitales asociados (H1 27,6%, H2 45,6%, H3 28,8%; $p=0,057$). No hubo diferencias en frecuencia de atribución a supervisión inadecuada, según año de residencia y hospital.

5 Conclusiones

- Más de la mitad de IIC relacionados con SP son atribuidos por el residente a supervisión inadecuada, sin relación con año de residencia.
- Existe mayor reflexión sobre SP por el residente en sus primeros años de formación.
- Todos los residentes que reflexionan sobre SP proponen medidas preventivas.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

COMUNICACIONES ORALES

EVALUACIÓN



EVALUACIÓN



C0078 USO DE REDES SOCIALES Y OTRAS ESTRATEGIAS DE LOCALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA POR RESIDENTES EN MEDICINA DE FAMILIA Y AUTOVALORACIÓN DE SU CAPACIDAD DE EVALUARLA

Alba Lozano Gallego¹, Luis Lozano Mera²¹CS El Alamillo (Sevilla) España²CS Mérida Urbano I Mérida (Badajoz) Spain**1 Justificación**

El uso de distintas fuentes de información, incluidas redes sociales, y la capacidad para valorar lo encontrado son componentes fundamentales en la formación MIR, disponiéndose actualmente de escasa información.

2 Objetivos

Describir las estrategias de búsqueda de información utilizadas por médicos residentes y su autopercepción sobre su capacitación para valorar la documentación encontrada.

3 Material y Métodos

Estudio cualitativo. Formulario online anónimo autoadministrado a MIR de Medicina Familiar de Andalucía. VARIABLES: año de residencia, Unidad Docente (UD), frecuencia de fuentes y capacidad de valorarlas (Likert). Análisis estadístico SPSS_21 GraphPad_8: comparación (Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis), correlación (rho de Spearman) y tamaño del efecto (V de Cramer).

4 Resultados

Encuestas: 179 (tasa de respuesta: 12,8%) edad media 28,2 años, 72,6% mujeres. R1: 29,1%, R2: 22,3%, R3: 30,7%, R4: 17,9%.

Fuentes: utilización casi a diario: tutores 57,5%, Google 40,2%, compañeros 27,4%, libros 25,1%, Fistera 5,6%, Uptodate 4,5%, Medline 1,7%. Encontramos correlación (rho $p < 0,001$) con años de residencia para tutores -0,400, compañeros -0,237, y Google -0,215, positiva en Fistera 0,217. Sin diferencias entre UD. Utilizan redes sociales: 71,5%. Facebook 43,6%, Twitter y Blogs 22,9% (sólo diferencias en Twitter entre UD (Chi-cuadrado 18,906, $V = 0,325$, $p = 0,008$))

Uso de términos MESH 68,7%, con diferencias entre UD (Chi-cuadrado 15,801, $V = 0,297$, $p = 0,027$) y entre años de residencia (Chi-cuadrado 20,569, $V = 0,339$, $p < 0,000$), con correlación positiva (rho 0,290 $p < 0,001$). 30,7 % usó buscador DESC, con diferencias significativas (Chi-cuadrado 8,023, $V = 0,212$, $p = 0,046$) sin correlación. Diferencias significativas entre UD (Chi-cuadrado 26,352, $V = 0,384$, $p < 0,000$).

Autovaloración: Porcentajes de sentirse poco preparados evaluando materiales: metanálisis 52,50%, ensayo clínico 43,60%, guías 36,90%, blogs 32,40%, material pacientes 21,80% sin diferencias durante la residencia. Diferencias entre UD en ensayos (Chi-cuadrado 44,896, $V = 0,250$, $p = 0,023$) y blogs (Chi-cuadrado 42,291, $V = 0,243$, $p = 0,041$)

5 Conclusiones

Durante la residencia la mejora en el conocimiento de herramientas de búsqueda y la consolidación de las redes sociales como fuente de información no se acompaña de una correcta capacitación para evaluar la evidencia científica.



EVALUACIÓN



C0119 EVALUACIÓN SEGURA DE LOS RESIDENTES DE NEUMOLOGÍA EN CATALUÑA: APROXIMACIÓN AL MARCO EUROPEO

Diego Rodríguez Chiaradía¹, Lluís Esteban Tejero², Jorge Abad Capa³, Concepción Montón Soler⁴, Monserrat Vendrell Relat⁵, Marta Lopez Sanchez⁶

¹Hospital del Mar (Barcelona) España

²Mutua Terrasa (Barcelona) España

³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Barcelona) España

⁴Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) España

⁵Hospital Universitari Dr. Josep Trueta (Girona) España

⁶Hospital de Bellvitge (Barcelona) España

1 Justificación

A pesar de las mejoras establecidas en las nuevas directrices del Ministerio de Educación en relación a las evaluaciones de los Residentes; todavía no existe un consenso general respecto a cuál es la mejor forma de valorar el final de la residencia para asegurarnos que el aprendizaje ha sido el adecuado. A nivel europeo, anualmente se realiza el examen HERMES (Harmonised Education in Respiratory Medicine for European Specialist) que brinda la posibilidad a los especialistas de examinarse y obtener el “European Diploma in adult respiratory medicine”.

2 Objetivos

La Sociedad Catalana de Neumología desde el año 2014 realiza un curso anual con el objetivo de afianzar los conocimientos en el campo de la medicina respiratoria y, además, dar soporte económico al final de la formación para aquellos residentes que se desean presentarse al examen HERMES.

3 Material y Métodos

El curso se organizó en 7 a 9 sesiones anuales, con un examen al final de cada año, orientándolo a la práctica clínica tal cual los objetivos propuestos por la Sociedad Europea de Neumología (ERS). Los residentes que cumplieran con una asistencia mayor al 80% y aprobaran la evaluación final del cuarto año podían acceder a realizar el examen europeo.

4 Resultados

Se han valorado 3 ciclos completos de residentes (n, 44) la asistencia media fue del 65% en los tres ciclos. Sin embargo, se fue incrementando con el tiempo; ciclo I =50%, ciclo 2=68%, ciclo III=78%. Lo mismo ocurrió con los residentes que accedieron a realizar el examen HERMES; ciclo I 50%, ciclo II 56%, ciclo III 78%. Además, el porcentaje de aprobados en el examen HERMES se incrementó a lo largo de los 3 ciclos; ciclo I 30%, ciclo II 71%, ciclo III 77%.

5 Conclusiones

La implementación de un curso estructurado con valoración anual podría ayudar a implementar una evaluación segura al final de la residencia de Neumología.



EVALUACIÓN



C0165 SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE. SUB-ANÁLISIS DEL ESTUDIO INTERNACIONAL: POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION STUDY 2017

JESÚS M. MORÁN BARRIOS¹, HORACIO YULITTA², ARNOLDO RIQUELME³, MARIA JOSÉ CERQUEIRA⁴, SEBASTIÁN MARTÍN⁵, MIGUEL GALAN DE JUANA⁶

¹Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AREDA Madrid (Madrid) España

²Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (Buenos Aires) Argentina

³Universidad Pontificia Católica de Chile (Santiago) Chile

⁴Sub-direcció General d'Ordenació i Desenvolupament Professional Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (Barcelona) España

⁵Dirección de Formación. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz (Alava) España

⁶Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) España

1 Justificación

La evaluación en la formación especializada (FE) es un aspecto que condiciona el reconocimiento de profesionales entre países.

2 Objetivos

Conocer los sistemas de evaluación sumativa (certificadora) en la FE en diferentes países de Europa, América y Oceanía.

3 Material y Métodos

El estudio consta de 80 preguntas (diseño 2017) agrupadas en 10 áreas: modelo competencial, regulación nacional, sistema de acceso, organización/gestión, programas oficiales, regulación laboral, calidad, planificación de especialistas, evaluación/supervisión y recertificación. Años 2017-19: cuestionario remitido a expertos del comité de postgrado de la Association for Medical Education in Europe-AMEE y otros contactos en Europa, América y Oceanía (mínimo dos por país). Sub-análisis del área de evaluación: tipo de preguntas (ver resultados). Análisis descriptivo.

4 Resultados

Respondieron 19 países: Argentina/Brasil/Bolivia/Canadá/Colombia/Chile/ Dinamarca/España/Estonia/EEUU/Francia/Holanda/México/Paraguay/Perú/Portugal/RU/Venezuela/Nueva-Zelanda. **Pregunta-A. ¿Qué pruebas obligatorias de evaluación sumativa establece el organismo oficial que regula la FE? (18 opciones de métodos publicados):** 3 países no hay normas generales. Tipos de pruebas en los 16 restantes (% de países/16): Pruebas Orales 56%; PEM 50%; Rotaciones 50%; Diarios/memorias/portafolios 50%; Informes 43%; Observación Directa (OD) 43% y 360° 25%; ECOE 37%; Simulación 28%; Registros 20%. **Pregunta-B. ¿Hay un examen/prueba final, por especialidad, para obtener el título?:** sí 12 países/19 (63%). **Pregunta-C. Métodos de la prueba final:** Oral 7/12; PEM 6/12. **Pregunta-D. ¿Quién organiza y realiza la prueba final?:** Organismo nacional/regional 5/12; Hospital/universidad 4/12; Sociedades/Colegios/Cada Programa nacional 3/12.

5 Conclusiones

Predominan las evaluaciones basadas en: Rotaciones, Diarios e Informes (preferentemente en España e Iberoamérica). Las basadas en la OD/360° y simulaciones, en países anglosajones. La evaluación de conocimientos tanto en países latinos como anglosajones. Todos combinan métodos, salvo uno (sólo evalúa conocimientos). Sólo 5 países de 19 tienen una prueba final de residencia regulada a nivel nacional/regional basada, mayoritariamente, en conocimientos. Consideramos que se debería incrementar la utilización de los métodos más validados internacionalmente para evaluar competencias: la OD y 360°.



EVALUACIÓN



C0092 UTILIZACIÓN DE UN LIBRO DEL RESIDENTE ON-LINE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

Pedro Castro Rebollo, Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Ricard Cervera Segura, Raimundo Lozano Rubí, Digna Pasín Ferreiro, Francesca Pons Pons

Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

Según el Real Decreto del 2008, la cumplimentación del Libro del Residente es obligatoria en la Formación Sanitaria Especializada. Sin embargo, existe cierta resistencia por parte de los residentes a realizar esta labor. Ésta se ha intentado facilitar mediante la utilización de herramientas informáticas o “Libro del Residente On-line” (LRO). Hasta la fecha existe poca información sobre su uso real.

2 Objetivos

Valorar la utilización de un LRO en un Hospital de tercer nivel tras 7 años de implementación.

3 Material y Métodos

Desde el año 2012 se utiliza el LRO en el Hospital Clínic de Barcelona. En 2018 se integró en una plataforma conjunta con un Libro del Tutor On-line (plataforma Docentis®) diseñada *ad hoc* por la Comisión de Docencia y el Servicio de Informática Médica del Hospital, y por una compañía de desarrollo de aplicaciones especializada en salud (Costaisa®). Se analizó la utilización del LRO mediante la explotación de los registros sobre las diferentes actividades posibles con el sistema.

4 Resultados

Desde mayo 2018 a mayo 2019 estaban dados de alta 382 usuarios (fundamentalmente residentes) en el LRO y se registraron en la plataforma Docentis® un total de 11689 cirugías, 2262 comentarios de Consultas Externas, 10656 comentarios de guardias, 1997 presentaciones a sesiones, 373 comentarios de guardias y, por primera vez tras su introducción en la evaluación de los residentes en el año 2018, 2809 actividades complementarias evaluables.

5 Conclusiones

El LRO tiene una elevada utilización entre los residentes y permite la recogida de numerosas actividades, permitiendo la incorporación de nuevos registros (actividades complementarias) de forma sencilla y con aceptación.



EVALUACIÓN



C0106 LOGBOOK ONLINE. HERRAMIENTA DIGITAL PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DURANTE EL PERIODO DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA.

Alfredo Vivas Lopez, Fco. Javier Guadarrama Gonzalez, Eduardo Rubio Gonzalez, Cristina Narvaez Chavez, Marta Gutierrez Andreu, Eduardo Ferrero Herrero

Hospital 12 De Octubre (Madrid) España

1 Justificación

Existe una clara dificultad para para tutorizar la actividad quirurgica realizada por los medicos en formación en un Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo de un Hospital de tercer nivel, en el que se realizan numerosas intervenciones programadas en diferentes unidades quirúrgicas, así como en el ámbito de la Urgencia.

2 Objetivos

Desarrollar un sistema de control, aprovechando los avances ofimáticos y la existencia de dispositivos moviles con acceso a una base de datos online, para poder cuantificar multiples aspectos en relacion con la actividad quirurgica del residente.

3 Material y Métodos

Se ha creado un instrumento on line almacenado en la nube que permite el registro en tiempo real de todos los procedimientos en los que participa un residente. En dichos dispositivos moviles personales se anotan los datos más relevantes en relacion con la intervencion. Al total de datos tienen acceso los tutores mientras que cada residente únicamente puede acceder a su propio perfil mediante contraseña. Se ha creado una codificación respetando la Ley de proteccion de datos.

4 Resultados

Desde su creación en junio del 2019 se han registrado más de 700 procedimientos. Contabilizando el número total de intervenciones, el tipo de cirugía y la participación en cada proceso. Con esta información se ha podido crear el libro de registro quirúrgico personal de cada residente, así como la distribución de las cirugías en las que participan nuestros médicos en formación, destacando un 38% de procedimientos urgentes y 62 % programados, con una participación como cirujano principal en el 42% de los casos, 28 % y 30 % como primer y segundo ayudante respectivamente.

5 Conclusiones

Esta base de datos permite una cuantificación exacta del número, dificultad y tipo de participación en las intervenciones realizadas durante el periodo de formación del residente, distribuido por año de Residencia, rotaciones internas en cada Unidad Quirurgica y en la Cirugia de Urgencias, verificandose entre otros datos si se han alcanzado los objetivos impuestos por el Programa Formativo de la Especialidad.



EVALUACIÓN



C0131 RESULTADOS PRELIMINARES DE LA IMPLANTACIÓN DEL MINI-CEX EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Iris Alonso Sánchez, Roser Garrido Romero, David Muñoz Santanach, Gemma Claret Teruel, Victoria Trenchs Sainz De La Maza, Carles Luaces Cubells

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) España

1 Justificación

El mini-CEX es una observación directa de la práctica profesional con evaluación estructurada y posterior *feedback* al médico residente; existen diversos estudios que confirman su validez, fiabilidad, factibilidad y satisfacción. Sin embargo, su implantación en Urgencias Pediátricas es escasa.

2 Objetivos

- Evaluar la evolución en la adquisición de competencias en un Servicio de Urgencias de los residentes de Pediatría mediante el mini-CEX
- Evaluar la satisfacción de los docentes y residentes tras su aplicación

3 Material y Métodos

Se incluyen los residentes de Pediatría de primer y segundo año durante su rotación en Urgencias. Las competencias evaluadas son: anamnesis, exploración física, profesionalismo, juicio clínico, habilidades comunicativas, organización-eficiencia y valoración global. Se realizan 6 evaluaciones por residente durante un año; en cada evaluación se valoran entre dos y tres competencias (cada competencia, dos veces).

Los evaluadores son pediatras de Urgencias; se informa a los residentes que sus competencias serán evaluadas con fines formativos.

La satisfacción de la aplicación del mini-CEX se valora con una escala del 1 al 9.

4 Resultados

Se presentan resultados preliminares (período abril-agosto 2019). Se realizan 38 evaluaciones a 18 residentes (1-5 evaluaciones/residente). La complejidad de las visitas es baja en 21(55,3%) visitas, media en 13(34,2%) y alta en 4(10,5%). La mediana de tiempo de observación es de 20 minutos (p25-75:15-35) por visita y la de *feedback* de 5(p25-75:5-7). La nota mediana es 6 en anamnesis y organización-eficiencia y 7 en el resto de competencias (mínimo 4, máximo 9). La puntuación mediana de satisfacción es de 9, tanto para evaluadores como residentes (mínimo 7, máximo 9); 14 residentes añaden comentarios a la puntuación, 7 valoran muy positivamente el *feedback*.

5 Conclusiones

El nivel inicial de los residentes es satisfactorio existiendo margen de mejora para la reevaluación. La implantación del mini-CEX ha tenido buena aceptación, recibir *feedback* inmediato es uno de los ítems mejor valorados.



EVALUACIÓN



C0146 COMPARATIVA DE RESULTADOS FINAL DE GRADO ECOE CON NÚMERO PLAZA MIR

M Ainhoa Molins Mesalles, Alicia Ávila, M Josep Cerqueira, Mónica López Albaladejo, Núria Mestre

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (Barcelona) Espanya

1 Justificación

Con frecuencia se argumenta que el sistema evaluativo de final de grado y la prueba de acceso a la especialidad valoran diferentes dimensiones y que un buen resultado en una de ellas no tiene relación con el resultado obtenido en la otra

2 Objetivos

Comparar los resultados obtenidos en la prueba final de grado ECOE con el número de orden obtenido en la prueba MIR

3 Material y Métodos

La prueba de final de grado en Catalunya, de la mayoría de facultades de Medicina está unificada y se realizan desde el Departament de Salut. Se cruzaron los datos de los resultados de la ECOE 2017 con el número de orden de obtención de plaza MIR 2018 de los mismos estudiantes. Para el análisis los resultados ACOE se agrupan en 4 intervalos de porcentaje y los resultados MIR en cuartiles

4 Resultados

El 64% de los estudiantes que se presentaron a la ECOE obtuvieron plaza en la convocatoria 2017-2018. El 34,8% obtuvieron plaza en el primer cuartil de medicina, el 26,5% en el Segundo, el 22,8 en el tercero y el 15,9 en el cuarto. Se observa una correlación positiva entre el resultado ECOE i el MIR. El 93,2% de los estudiantes que tenían nota en el intervalo superior de las ECOE obtuvieron plaza MIR en el 1º y 2º cuartil. La relación se mantienen para todos los intervalos, de manera que el porcentaje de plazas MIR obtenidas en 1º y 2º cuartil en el segundo intervalo ECOE es del 67,4% , en el tercero es del 31,1% y en el último de 16,3%.

5 Conclusiones

En contra de lo esperado, si existe correlación positiva entre la prueba ACOE y la prueba MIR a pesar de que sus metodologías sean distintas.



EVALUACIÓN



C0127 ARMONIZACIÓN EN LA RECUPERACIÓN DE UNA EVALUACIÓN NEGATIVA AL FINAL DE LA RESIDENCIA

Judit Riera Arnau¹, Luis Landín Jarillo², Mònica Rodríguez Caballeira³

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona (Barcelona) España

²Fundación Investigación FibHULP-IdiPaz. Hospital Universitario La Paz (Madrid) España

³Jefa de estudios del Hospital Vall d'Hebron, (Barcelona) España

1 Justificación

El proceso de evaluación de residentes se define en el Real Decreto 183/2008: cuando existe una **evaluación final negativa** (EFN), el residente puede solicitar hasta dos revisiones ante la Comisión Nacional (CN) de su especialidad. Actualmente, **los contenidos y ejecución de dicha prueba no están estructurados**.

2 Objetivos

Elaborar una **propuesta de examen** para guiar la evaluación de residentes por EFN de manera **armónica** entre todas las especialidades.

3 Material y Métodos

El **Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud** (CNECS) constituyó un **Grupo de Trabajo** integrado por miembros pertenecientes a las CCNN de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Medicina Familiar, Endocrinología, Psicología, Radiodiagnóstico, Cirugía Maxilofacial y Farmacología Clínica. Se realizaron **reuniones moderadas** por el vicepresidente del CNECS, **presenciales** en sede ministerial y **telemáticas** utilizando el software Webex. Se revisó la bibliografía existente y se discutieron experiencias en casos anónimos de EFN.

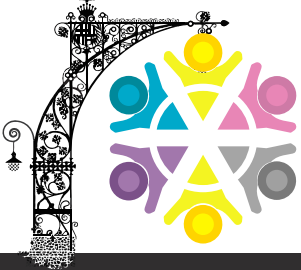
4 Resultados

Se llevaron a cabo 4 reuniones, en las cuales se observó que la situación de EFN es **infrecuente** y en ocasiones **conflictiva** a nivel disciplinar. Existe **escasa literatura** al respecto, principalmente focalizada en métodos de aprendizaje, no de evaluación (p.ej, entornos de simulación) así como un **déficit de pruebas validadas**. Además, se destacó la intención de evitar que el evaluador pudiera inmiscuir **factores emocionales**. En el borrador de propuesta se definieron los objetivos del examen y la constitución de un Tribunal Evaluador. Se **elaboró una propuesta teórica y operativa** del examen a realizar. Se propuso que constara de **tres partes eliminatorias**, de contenido teórico, práctico y una entrevista semiestructurada: sería necesario obtener una calificación positiva en las tres.

5 Conclusiones

Distintos profesionales de la salud vinculados a la Formación Sanitaria Especializada elaboraron conjuntamente una propuesta de examen estandarizado para una situación inusual y problemática como la EFN. Los **representantes de las Comunidades Autónomas** y el **Ministerio de Sanidad** seguirán trabajando para ratificar la validez de esta propuesta.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

**CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

COMUNICACIONES ORALES

GESTIÓN



GESTIÓN

C0112 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA.
ESTUDIO INTERNACIONAL: POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION STUDY 2017

Jesús M. Morán Barrios¹, María José Cerqueira², Arnoldo Riquelme³, Horacio Yulitta⁴, Sebastián Martín⁵, Miguel Galan De Juana⁶

¹Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AREDA Madrid (Madrid) España

²Sub-direcció General d'Ordenació i Desenvolupament Professional Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (Barcelona) España

³Universidad Pontificia Católica de Chile (Santiago) Chile

⁴Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (Buenos Aires) Argentina

⁵Dirección de Formación. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz (Alava) España

⁶Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) España

1 Justificación

La calidad de los especialistas está relacionada con el sistema sanitario del país y el de formación especializada (FE). Existe una percepción de que los sistemas de FE son muy variables, repercutiendo en el reconocimiento de profesionales entre países.

2 Objetivos

Conocer la política, organización, gestión y control de calidad del sistema de FE en diferentes países y proponer un "Gold Standard" que sirva de modelo para la mejora.

3 Material y Métodos

Formulario de 80 preguntas (diseño año 2017), organizadas en 10 áreas: modelo de competencias, regulación nacional, sistema de acceso, organización y gestión, programas oficiales, regulación laboral, control de calidad, planificación de especialistas, evaluación/supervisión y recertificación. Años 2017-19: envío a expertos del comité de postgrado de la Association for Medical Education in Europe (AMEE) y otros contactos en Europa, América y Oceanía (mínimo dos por país). Análisis descriptivo.

4 Resultados

Respondieron 19 países: Argentina, Brasil, Bolivia, Canadá, Colombia, Chile, Dinamarca, España, Estonia, EEUU, Francia, Holanda, México, Nueva Zelanda, Paraguay, Perú, Portugal, Reino Unido y Venezuela. Respuestas según el "Gold Standard" que proponemos. 1) Definición de un modelo nacional competencias (ejemplo: CanMEDS): 7/19. 2) Regulación nacional: 19/19. 3) Proceso de selección nacional: 14/19. 4) Planificación nacional de especialistas según políticas sanitarias: 12/19. 5) Programas unificados: 12/19. 6) Acreditación/ auditorías: 15/19. 7) Director del programa de residencia (hospital/centro sanitario): 17/19; Tutor/similar: 14/19. 8) Regulación laboral. Contrato/salario: 16/19; regulación horas/semana: 15/19. 9) Supervisión (ley nacional): 10/18. 10) Evaluación sumativa regulada a nivel nacional: 15/19. Métodos muy diversos: conocimientos (PEM, oral), ECOE, Observación Directa, rotaciones, informes, diarios/log-book, tesis. 11) Recertificación: 11/19.

5 Conclusiones

Fortalezas detectadas: regulación nacional, sistema de acceso, regulación laboral, acreditación y organización del centro. Debilidades: ausencia de un modelo profesional, programas no unificados, planificación de especialistas, supervisión, evaluación, recertificación. Primera aproximación a un tema escasamente conocido. Limitaciones/sesgos del estudio: cultura del país, interpretación del cuestionario y perfil profesional del encuestado.



GESTIÓN



C0051 BARÓMETRO DEL CLIMA DOCENTE

Paloma Burgos Díez, LUIS ALBERTO FLORES PÉREZ, Nieves González Natal, Ana Dorado Díaz, Ana Marta García Martínez, M^a José Aragón Cabeza

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación (Valladolid) España

1 Justificación

La encuesta de Clima Docente es fundamental para conocer la opinión de los tutores. Regulada en Castilla y León por el Decreto 75/2009 se realiza bianualmente desde 2011.

2 Objetivos

Conocer puntos fuertes y debilidades del proceso de formación sanitaria especializada en nuestra comunidad desde el punto de vista de los docentes.

3 Material y Métodos

La encuesta que fue realizada de abril a junio de 2019 consta de 2 variables de clasificación (Gerencia de referencia y Especialidad de formación), 26 variables de escala numérica (0-10). Se hace un análisis descriptivo de la participación, ámbito, valoración de cuestiones relativas a la función tutorial, coordinación, medios, recursos, motivación, reconocimiento y la satisfacción global.

4 Resultados

Participación ha sido del 45%. Siendo mayor la participación en atención primaria que en hospitalaria. Las preguntas con mejores resultados globales:

- buen funcionamiento de las unidades docentes (8.02)
- conocimiento de los objetivos y competencias a adquirir por los residentes (8.6)
- forma de evaluarlos (8.51)
- secretarías docentes (8.02)
- reconocimiento documental de la labor docente (8.33).

Entre las preguntas peor valoradas

- tiempo dentro de la jornada laboral para dedicar a labores de docencia (3.34)
- reconocimiento por parte de la Administración de la labor docente (4.5).

La satisfacción global es 6.69 (Atención primaria 6.8 y en hospitalaria 6.6)

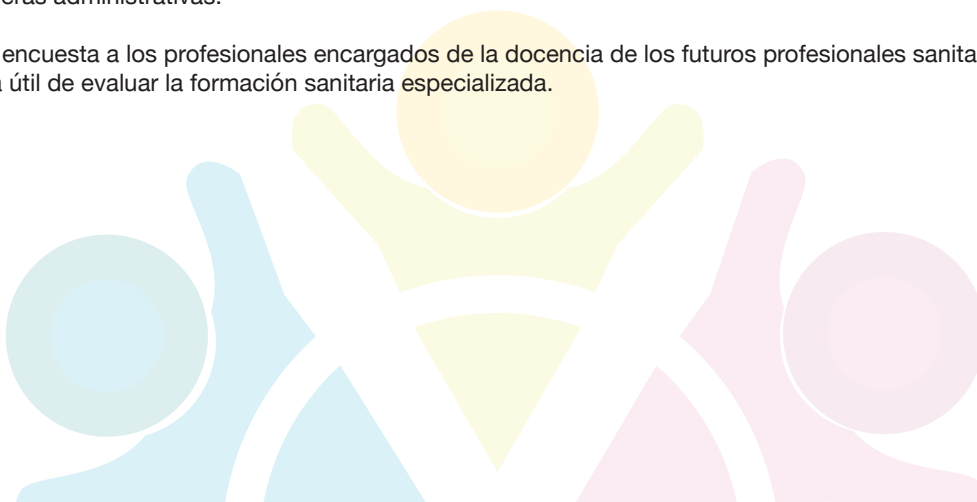
5 Conclusiones

Los resultados obtenidos nos dan una visión global sobre los puntos fuertes y debilidades del proceso formativo en nuestra comunidad.

Los puntos fuertes son el gran conocimiento de nuestros formadores de objetivos a adquirir, forma de alcanzarlos y su evaluación para conseguir mejorar la calidad de los futuros profesionales.

Como debilidades encontradas están la falta de tiempo para la docencia y su reconocimiento en todas las esferas administrativas.

La encuesta a los profesionales encargados de la docencia de los futuros profesionales sanitarios es una forma útil de evaluar la formación sanitaria especializada.



GESTIÓN



C0149 ANÁLISIS DE RESULTADOS ENCUESTA DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Nuria Mestre Roset, Alicia Avila López, M. Josep Cerqueira Dapena, Ainhoa Molins Mesalles, Monica López Albaladejo, Lucía Pérez Almaraz

Departament de Salut Generalitat de Catalunya (Barcelona) Espanya

1 Justificación

Uno de nuestro de nuestros objetivos es facilitar toda la información relevante para que los futuros residentes puedan realizar una buena elección de plaza.

2 Objetivos

Conocer las motivaciones que determinan la elección de plazas en nuestros residentes.

3 Material y Métodos

Se ha remitido una encuesta, de respuesta anónima a los nuevos residentes de 2019 durante el primer mes de incorporación preguntando sobre la información de la que disponían antes de la elección de plaza, las motivaciones y su satisfacción con la especialidad y centro

4 Resultados

Se obtuvieron 602 respuestas, el 77,11% de Medicina, el 15,92% de Enfermería y el resto de las otras titulaciones. El 96,51% empezaban su primera especialidad y el 3,5% tenían especialidades previas. En medicina, el 90,70% están satisfechos con la especialidad escogida, aunque solamente el 71,78 la tenían como primera opción. En enfermería el grado de satisfacción con la especialidad es del 91,74%, siendo la primera opción en el 80,4%. El 88% están satisfechos con el centro escogido. El 48% habían consultado la página web del centro antes de escoger la plaza, el 34,22% habían ido personalmente a visitarlo, el 32% habían ido a la jornada de puertas abiertas y solo el 16,6% afirman no haber tenido ningún contacto previo. La información más útil para tomar la decisión procedía de la web del centro en el 8,88%, de los especialistas en el 9,6%, de las redes sociales en el 1,45% y de los residentes en el 76,09%. El 66,61% afirman haber consultado el itinerario formativo antes de la elección. Entre los atributos de centros más valorados para la elección se encuentra en primer lugar la variedad y complejidad de patologías.

5 Conclusiones

Los resultados de la encuesta permiten orientar las vías de promoción de las unidades docentes.



GESTIÓN



C0117 PROGRAMA FORMATIVO EN COMPETENCIAS INVESTIGADORAS DE LA U.D.M.S.M. DE ASTURIAS

Maria Aranzazu Sanchez Garcia¹, Cristina Fernández García²

¹Unidad Docente Salud Mental Urbanización la Fresneda (Asturias) España

²Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (Asturias) España

1 Justificación

Los Programas Oficiales de Formación Sanitaria Especializada recogen la necesidad de adquirir competencias en el área de investigación, pero no existe ningún programa estandarizado que recoja la metodología a seguir para adquirir dicha competencia. Creemos por tanto de interés mostrar un modelo de formación en investigación durante el periodo de residencia desarrollado en una U.D.M.S.M. que se encarga de la formación de una media/año de 52 residentes de tres especialidades: psiquiatría, psicología clínica y enfermería especializada de salud mental.

2 Objetivos

Mostrar un programa de formación en investigación destinado a que el 100% de los residentes tengan un trabajo de investigación, original y sin financiación externa, al finalizar su periodo formativo.

3 Material y Métodos

Se describen los factores que llevaron al desarrollo del programa formativo teniendo en cuenta la especificidad y duración de las especialidades que formamos, el grado de satisfacción recogido en las encuestas con la formación previa, y medios materiales y humanos de los que disponemos.

Se señalan también las características actuales del programa que incluye formación en: búsquedas bibliográficas, lectura crítica de artículos, metodología en investigación, estadística, redacción de trabajos científicos y exposición oral.

4 Resultados

El 100% de los residentes realiza un trabajo de investigación que se presenta en la Jornada Anual de la UDMSM en formato de comunicación oral y póster.

La formación y supervisión ha mejorado la calidad de los trabajos.

Las evaluaciones puntúan “alto/muy alto” en porcentaje > 90% en interés del curso, adquisición de nuevos conocimientos y utilidad para la práctica profesional.

5 Conclusiones

La estructuración de un programa formativo en materia de investigación permite la capacitación del residente y la realización por parte de éste de un trabajo de investigación.

La revisión de las evaluaciones de los seminarios permite revisar contenidos y formato para obtener mejoras formativas.



GESTIÓN



C0108 ANÁLISIS DE LAS ROTACIONES EXTERNAS

Angels Moll Capó, Chantal Framis Ferrer, María Josep Cerqueira Dapena, Alicia Avila Lopez

Departament de Salut de la Generalitat (Barcelona) España

1 Justificación

Si las rotaciones externas se hicieran tal como indica la norma deberían ser independientes del tipo de centro o de la especialidad.

2 Objetivos

Comprobar si las rotaciones son dependientes del centro y de la especialidad.

3 Material y Métodos

Hemos analizado las rotaciones externas solicitadas en la CCAA, según el tipo de centro, la especialidad del residente y el destino solicitado (dentro de la CCAA, resto del estado o extranjero), así como las rotaciones externas aceptadas. En cada centro se ha analizado el balance entre entrada y salida de residentes, considerando que es positivo cuando son más las rotaciones aceptadas como centro receptor que las solicitadas como centro emisor.

4 Resultados

En los tres últimos años se ha producido un crecimiento paulatino del 15% en las rotaciones. El 59% se han realizado en la propia CCAA, el 17% en el resto del Estado y el 24% en el extranjero. Al menos un 15% de las rotaciones externas son sistemáticas, sustentadas en acuerdos entre centros y una cifra similar se repite para los mismos residentes y años sin acuerdo formal establecido.

El perfil de los centros determina el tipo de rotaciones, los centros terciarios realizan más solicitudes en el extranjero.

Dos de los hospitales terciarios y un hospital monográfico concentran la mayoría de las rotaciones aceptadas y son los únicos con un balance positivo entre entradas y salidas.

Anestesiología y Pediatría son las dos especialidades con mayor peso en las rotaciones externas, tanto en términos absolutos como relativos (rotaciones/residentes). Ambas se caracterizan por tener muy concentrada parte de la asistencia compleja.

5 Conclusiones

Las rotaciones externas, originariamente definidas para completar los programas de formación, se utilizan con frecuencia para compensar déficits de recursos formativos por parte de los centros acreditados y esto se hace patente en las rotaciones solicitadas a centros de la misma CCAA.



GESTIÓN



C0070 LA LARGA GESTACIÓN DE UN DECRETO AUTONÓMICO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

Fernando Ros Rodrigo¹, Mari Luz Pradana Carrión², Manuel Sarmiento Cruz³, Antoni Figuerola Roig², Ana Isabel Cremades Mestre⁴, Nieves Monroy Fuenmayor¹

¹Servei de Formació Sanitària Palma (Illes Balears) España

²Hospital Son Llätzer (Illes Balears) España

³Gerencia Atención Primaria Mallorca (Illes Balears) España

⁴Hospital Son Espases (Illes Balears) España

1 Justificación

El RD 183/2008 otorgaba un plazo de un año a las comunidades autónomas para la publicación de un Decreto Autonómico de Formación Sanitaria Especializada (DAFSE)

2 Objetivos

Dar a conocer la elaboración del borrador de DAFSE y su posterior tramitación.

3 Material y Métodos

Descripción del proceso de elaboración y tramitación de un DAFSE.

4 Resultados

En enero 2015 se creó grupo de trabajo para la creación de borrador de DAFSE. Formado por 3 jefes de estudio, un tutor miembro de comisión de docencia, la jefa de formación sanitaria y el responsable de FSE.

Se realizó borrador inicial basado en los 5 DAFSE publicados hasta entonces, tras la lectura del borrador y los DAFSE se realizaron 8 reuniones presenciales durante el 2015, de unas 6 horas cada una, además de trabajo colaborativo online. Se repasaba el borrador punto por punto, realizando modificaciones decididas por consenso.

En mayo 2015 hubo elecciones autonómicas con cambio político, se concedió autorización para continuar con el proyecto.

En julio se publicó el DAFSE catalán, provocó la revisión de acuerdos previos e inclusión de aportaciones de dicho DAFSE. En diciembre 2015 se finalizó el borrador.

En 2016 se presentó a la Dirección General y Servicio de Salud, fijándose el complemento económico de los tutores. Se realizaron memorias económicas y de impacto normativo

La tramitación con los servicios jurídicos se inició en 2017, las alegaciones recibidas provocaron modificaciones de forma, no de fondo y generaron informes de respuesta. El último informe del Consejo Consultivo llegó en mayo 2019. Se publicó en el boletín autonómico 9 días antes de las elecciones autonómicas.

5 Conclusiones

Nuestra selección de miembros del grupo de trabajo se basó en cuestiones técnicas.

La tramitación del DAFSE es larga, precisa apoyo de la administración por su coste y para su publicación. Los cambios políticos pueden retrasarla o modificar su contenido.



GESTIÓN



C0020 LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS INTERNOS RESIDENTES EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

Raquel Vidal Estrada, Josep Antoni Ramos-Quiroga, Amanda Rodríguez, Carlos Jacas, Mònica Rodríguez, Natalia Calvo

Hospital Vall d'Hebron Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

2 Objetivos

Diseñar un programa de Atención Continuada para PIRes que promueva la progresiva toma de responsabilidades del residente y permita un mayor conocimiento práctico del manejo clínico de la especialidad.

3 Material y Métodos

En 2015 se realizó una propuesta de Atención Continuada que fue aprobada por nuestro hospital. Se estudiaron las necesidades del servicio que no estaban cubiertas en aquel momento por profesionales adjuntos. Se definieron las unidades que dispondrían de atención continuada. Se establecieron profesionales del servicio que supervisarían la actividad del residente. Se realizaron reuniones periódicas con los residentes, adjuntos y jefe de servicio para valorar su implementación y posibilidades de mejora.

4 Resultados

La implementación de la Atención Continuada del Servicio de Psiquiatría en nuestro hospital ha estado posible desde marzo del 2016. Hemos sido la primera Unidad Docente de Cataluña en su incorporación. En estos momentos, podemos señalar que ya es un hecho consolidado. Se ha convertido en una actividad reconocida tanto por parte de los profesionales como de los residentes. Además, lo convierte en un elemento diferenciador respecto a otros hospitales, y que se traduce en uno de los elementos claves en la elección de plaza de los psicólogos.

5 Conclusiones

La AC es un elemento central y obligatorio en la formación del Psicólogo Interno Residente, que ha obtenido resultados satisfactorios dentro de un hospital universitario siendo pionero en su implementación.



GESTIÓN



C0109 CONSEJO DE RESIDENTES: MODELO DE ORGANIZACIÓN POR Y PARA RESIDENTES

Carmen Virginia Fernández Calabria, Sandra Moran, Anna Colom, Claudia Solito, Gemma Claret, Iolanda Jordan

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) España

1 Justificación

La elaboración de planes de docencia y mejoras en el modelo de residencia no puede contemplarse sin la participación de sus protagonistas. El residente debe tomar parte activa en los planes de formación y mejoras.

2 Objetivos

Establecer un modelo organizativo que pueda garantizar los intereses y las opiniones de todos los residentes del hospital a la hora de hacer frente a los problemas que se presentan en nuestra práctica clínica.

3 Material y Métodos

En el ámbito de un hospital universitario se creó el Consejo de Residentes(CR), un modelo de sistema asambleario. Se desarrolló en forma de reuniones mensuales formadas por: 2 representantes de cada año MIR de pediatría (especialidad mayoritaria), 2 representantes MIR del sindicato médico y la jefa de residentes, así como el resto de residentes. De esta manera se aborda un mapa de conflictos consensuado, se debaten problemas y se acuerdan soluciones estableciendo un reparto de tareas. Al final de la reunión, se realiza un acta que se pasa vía e-mail al resto de residentes y la comisión de docencia.

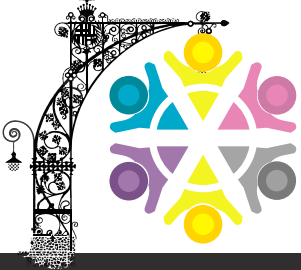
4 Resultados

El CR ha permitido llegar a consensos que son aceptados por la mayoría de residentes. Hemos conseguido abordar y solucionar cuestiones de docencia que percibimos como prioritarios de manera más eficiente por medio del reparto de tareas. Como ejemplo, hemos realizado una encuesta de formación, que nos ha servido de punto de partida para realizar reuniones con los responsables de cada servicio y así plantear propuestas de mejora que han sido bien acogidas.

5 Conclusiones

La participación activa del residente repercute en un mejor resultado para el residente, así como para el hospital y nuestros pacientes. El ejercicio de reunirnos a debatir mensualmente es favorable y fundamental si pretendemos mantener una actitud de mejora continua.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

COMUNICACIONES ORALES

SEGURIDAD



SEGURIDAD



C0086 CONOCIMIENTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS RESIDENTES A SU LLEGADA AL HOSPITAL

Isabel Gonzalez Anglada, Cristina Garmendia Fernandez, Leonor Moreno Nuñez, Fernando Garcia, Javier Ocaña, Patricia Sanmartin

Hospital Universitario Fundacion Alcorcon (Madrid) España

1 Justificación

Desde 2011 la OMS recomienda introducir la competencia seguridad del paciente en los estudios de los grados sanitarios y en la residencia.

2 Objetivos

Valorar los conocimientos de seguridad del paciente que los residentes de primer año desde 2017 a 2019 tienen al incorporarse al hospital y que proceden de la formación durante el grado.

3 Material y Métodos

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón forma residentes procedentes de los grados de medicina, enfermería, farmacia, biología y química. En mayo de 2019 se han incorporado 53 nuevos residentes 44 médicos, 7 enfermeros, 2 farmacéuticos. En el curso de acogida se realiza una encuesta validada que contiene 21 ítems. Se consideró que puntuaciones iguales o superiores a 4 puntos denotaban una buena adquisición de la competencia en seguridad del paciente. Además respondieron a un test de conocimiento de 5 preguntas, de 5 opciones de respuesta, valorando con un punto cada acierto a la hora de diferenciar entre incidente, negligencia y eventos adversos (EA), causas y consecuencia más frecuentes de los EA. La misma encuesta se realizó en 2017 y 2018

4 Resultados

Contestaron 47 residentes. Las preguntas relacionadas con la franqueza en la comunicación con los pacientes tuvieron un peor resultado, mientras que las relacionadas con la comprensión del factor humano en la génesis de los eventos adversos las que mejor. El resultado global del test mostró un 3.52 con tan solo un 11% residentes con más de 4 puntos de media

En cuanto a las preguntas de conocimientos en seguridad la puntuación media fue de 2.65 puntos sobre 5, 31% de los residentes tuvieron 4 o más preguntas correctamente respondidas. La pregunta peor contestada fue dónde hay más eventos adversos y la mejor la definición de negligencia.

5 Conclusiones

Casi la mitad de los residentes recién llegados al hospital tienen insuficiente conocimiento teórico sobre seguridad del paciente



SEGURIDAD



C0140 LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS RESIDENTES DE ESPECIALIDADES HOSPITALARIAS DE GALICIA

Rosa María Hurtado Taboada¹, Paula María López Vázquez², Manuel Portela Romero³

¹Servicio De Docencia. Acis Santiago De Compostela (A Coruña) España

²Farmacóloga Clínica. Comité De Ética De La Investigación Con Medicamentos De Galicia (A Coruña) España

³Médico De Familia. Gerencia De Gestión Integrada De Santiago (A Coruña) España

1 Justificación

La seguridad del paciente se ha convertido en un objetivo prioritario en los sistemas de salud, desarrollándose estrategias a todos los niveles, dirigidas a evitar incidentes o eventos adversos, tanto por la relevancia de los daños que se pueden ocasionar al paciente como por su elevado coste. Si bien en los planes formativos de las distintas especialidades, esta materia no está recogida como un área competencial específica, se considera fundamental inculcar la cultura de seguridad a los especialistas en formación.

2 Objetivos

Conocer la valoración de los residentes de especialidades hospitalarias, sobre la cultura de seguridad del paciente en sus centros.

Analizar fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal, utilizando la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano, realizada sobre una muestra de 313 residentes de todas las especialidades hospitalarias de dos hospitales docentes acreditados de Galicia. Las variables del estudio fueron las 12 dimensiones del cuestionario y variables sociodemográficas/laborales de los residentes: edad, sexo, año de residencia, especialidad, experiencia laboral en el sistema sanitario y centro hospitalario.

4 Resultados

Destaca como fortaleza la dimensión «trabajo en equipo en la unidades». En cambio, las dimensiones «dotación de personal», «apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente» y «expectativas y acciones de la dirección de la Unidad que favorecen la seguridad» presentan claras oportunidades de mejora.

Sorprende en las dimensiones «percepción de seguridad» y «frecuencia de eventos notificados», que la valoración de la primera sea superior a 5, y que $\frac{3}{4}$ partes de los encuestados no hayan notificado ningún evento adverso en el último año.

5 Conclusiones

Los resultados indican que sería necesaria la implicación y estrategias concretas por parte de gerencia/directivos, e incluir actividades formativas durante la residencia, para fomentar e incrementar la cultura de seguridad del paciente.



SEGURIDAD



C0128 EL FENÓMENO DE LA “SEGUNDA VÍCTIMA”: ESENCIAL EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

Gerard Sergi Angeles Fité, Marta Magaldi Mendaña, Juan Manuel Perdomo Linares, Beatriz Tena Blanco, Francesca Pons Pons, Carmen Gomar Sancho

Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

La repercusión de los eventos adversos médicos sobre el paciente y sus familiares es bien reconocida. Sin embargo, el fenómeno de la “segunda víctima”, las consecuencias emocionales, psicológicas y laborales sobre el profesional, son menos conocidas. El médico residente es especialmente vulnerable a este fenómeno.

2 Objetivos

Valorar los conocimientos sobre “segunda víctima” de los médicos internos residentes de distintas especialidades de un hospital.

3 Material y Métodos

Análisis cualitativo de las respuestas obtenidas en una encuesta realizada por el grupo SIM-CLÍNIC aplicada a los médicos residentes de distintas especialidades que asistieron a una sesión general de residentes del hospital sobre “segunda víctima”.

4 Resultados

Se obtuvieron 112 respuestas válidas de residentes de 1^{er} a 5^o año de 22 especialidades distintas, 49 (43,8%) varones y 63 (56,2%) mujeres, de los que 10 (8,9%) eran residentes de hospitales comarcales. Del total, 37 (33%) no había escuchado antes el término “segunda víctima”, aunque 91 (81,3%) afirmaron haberse sentido responsables de algún error médico, de los que 19 (20,9%) tuvieron consecuencias graves y 41 (45%) leves. Las reacciones manifestadas fueron culpabilidad, 75 (82,4%), ansiedad, 39 (42,9%), inseguridad en el trabajo, 47 (51,6%) y rabia o irritabilidad, 36 (39,6%). Tres residentes (3,3%) tuvieron ideación suicida en los días posteriores al error. Del total, sólo el 58,2% buscó ayuda; la mayoría de ellos en un compañero (71,7%) o en un familiar (58,5%) y tan sólo el 1,9% buscó ayuda profesional.

5 Conclusiones

El fenómeno de la segunda víctima es todavía desconocido por una gran parte de los residentes. Desafortunadamente, esto no impide que su incidencia en esta población sea alta y tenga importantes repercusiones. Estos resultados señalan que es necesario y prioritario incluir en la formación sanitaria especializada las herramientas necesarias para afrontar el fenómeno de la segunda víctima.



SEGURIDAD



C0129 PERCEPCIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE SIMULACIÓN POR PARTE DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Gerard Sergi Angeles Fité, Cristina Ibañez Esteve, Lidia Gómez López, Manuel López Baamonde, Raquel Berge Ramos, Carmen Gomar Sancho

Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

La utilidad de la simulación clínica en la formación de residentes es indudable. Sin embargo, su impacto sobre la actuación clínica real es difícil de valorar. La percepción de los alumnos sobre esta formación nos aporta información sobre la experiencia y el aprendizaje adquiridos que puede ser una valiosa herramienta de mejora.

2 Objetivos

Evaluación por parte de residentes de Anestesiología de distintos años de formación, de un programa formativo de simulación estructurado.

3 Material y Métodos

Se analizaron las encuestas de satisfacción de 7 talleres de simulación organizados por el grupo SIM-CLÍNIC y realizados por residentes de Anestesiología de primer a tercer año, entre febrero y junio de 2019.

4 Resultados

Se obtuvieron 29 respuestas válidas, 17 varones (58,6%) y 12 mujeres (41,4%). Del total, 3 (10,3%) no habían asistido nunca a un taller de simulación mientras que 4 (13,8%) habían asistido previamente a un taller y 22 (75,9%) ya habían asistido a 2 o más talleres. Los residentes otorgaron una puntuación global de 7,9/10 al nivel de adecuación de sus conocimientos previos al inicio de cada taller y una puntuación de 8,9/10 a la relevancia del contenido del taller en cuanto a aplicabilidad clínica. La adquisición de nuevos conocimientos o capacidades obtuvo una puntuación global de 9/10. La puntuación global del *debriefing* con todos sus componentes fue 9,5/10. El 100% de los encuestados volvería a participar en un taller de simulación.

5 Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran un alto grado de satisfacción por parte de los residentes, en cuanto a la utilidad y la aplicabilidad clínica de la simulación, durante el periodo de formación sanitaria especializada. La valoración del *debriefing*, parte crucial de la simulación, fue muy alta.



SEGURIDAD



C0157 PROPUESTA E IMPLEMENTACION DE UN JUEGO TIPO TRIVIAL DE PSICO-FARMACOLOGIA PARA RESIDENTES DE PSIQUIATRIA

Daniel Martínez Uribe¹, Jon Iñaki Etxeandia Pradera², José Carlos González Piqueras², Francisco Bellver Pradas², Eduardo Jesús Aguilar García-Iturrospe²

¹Asociación Salud Mental Horta Guinardo Barcelona (Barcelona) España

²Hospital Clínico Universitario de Valencia (Valencia) España

1 Justificación

El programa nacional de psiquiatría implica competencias en los tratamientos biológicos de los trastornos mentales. Una encuesta europea revela que los programas de formación de cada país incluyen entrenamiento teórico en psicofarmacología. La gamificación podría sumarse a la teoría y mejorar el interés en la asignatura, la participación y el trabajo en equipo.

2 Objetivos

Describir la propuesta, implementación y evaluación de una intervención gamificada para el aprendizaje de la psicofarmacología para residentes de psiquiatría basada en preguntas de elección múltiple y *case-based learning*

3 Material y Métodos

Se desarrolla un juego tipo Trivial Pursuit® para un grupo de 10 residentes de psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia como complemento a un curso teórico de psicofarmacología. Las preguntas realizadas deben contestarse en equipo e incluyen tanto preguntas de elección múltiple como preguntas basadas en casos clínicos. El desarrollo del juego se basa en principios de Problem-Based Learning, Team-Based Learning y gamificación como mecanismo para incrementar la participación activa del residente y el interés por la asignatura. La intervención se evalúa a través de dos cuestionarios.

4 Resultados

La mayoría de los residentes consideraron la intervención como positiva, y consideraron que incrementaba el interés y la motivación en la asignatura. La participación de los residentes fue cercana al 80%.

5 Conclusiones

Los residentes de psiquiatría en nuestro país reciben formación teórica en psicofarmacología. En la mayoría de los casos esta formación se realiza a través de clases magistrales. A pesar de que nuestra intervención solo puede alcanzar un nivel 1-2 de Kirkpatrick, y no puede asegurar de forma directa una mejor competencia a nivel de manejo y prescripción psicofarmacológica, es una alternativa atractiva para los residentes y genera alta motivación. Hace falta mayor investigación respecto al impacto de este tipo de intervenciones en la conducta del residente y finalmente en la atención y seguridad de los pacientes.



SEGURIDAD



C0141 PROGRAMA DE SIMULACIÓN EN TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN DURANTE LA ACOGIDA A RESIDENTES AFYC DE PRIMER AÑO.

Jorge Lema Bartolomé¹, Ana Isabel Roldán Montero², Beatriz Cervera Monteagudo³, M^a del Carmen Martínez Magaña⁴, Francisco Javier Olivares Marín⁵, Aurora González Checa⁶

¹Gerencia de Atención Integrada de Cuenca (Hospital Virgen de la Luz) Cuenca (Cuenca) España

²C.S. Cuenca I (Cuenca) España

³Hospital Virgen de la Luz (Cuenca) España

⁴112 UME Motilla (Cuenca) España

⁵112 UME Cuenca (Cuenca) España

⁶C.S. Tragacete (Cuenca) España

1 Justificación

Uno de los principales cambios en la vida del residente de Atención Familiar y Comunitaria (MIR/EIR) al incorporarse a las consultas es la relación directa con los pacientes, la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación.

La simulación nos permite adquirir estas habilidades de un modo muy versátil y directo.

2 Objetivos

Proporcionar a los R1 conceptos básicos de comunicación y manejo del paciente.

Valorar la metodología de simulación en la acogida

3 Material y Métodos

Se diseñan escenarios en los que se pone a los residentes en situaciones habituales de consulta en AP, siempre manteniendo la escena dirigida a la actuación de los R1.

Los casos se desarrollaron con actores y en cada caso participaban 2 residentes (MIR y EIR).

Tras el caso había un debriefing, en el que se exploran las emociones y reacciones de los participantes, analizándolas, detectando y aclarando las carencias y reforzando aquello bien realizado.

Posteriormente se mantiene una entrevista semiestructurada con cada residente para valorar la experiencia.

4 Resultados

Todos los residentes intervienen activamente en al menos 2 casos y asisten en directo a todos ellos, participando en los debriefings de cada caso.

Los desarrollan adecuadamente, aunque con carencias en todos los casos que se subsanan.

El grado de satisfacción es percibido como muy alto, valorando la metodología, la motivación para aprender que les produce, la multidisciplinariedad y la seguridad con la que se enfrentan a los pacientes parece reforzada.

5 Conclusiones

Los residentes, aun careciendo de una formación explícita en comunicación, se manejan relativamente bien de manera intuitiva, pero sin saber muy bien en base a qué y sin tener un esquema claro de sus actuaciones. La experiencia les permite tener un sustento "formal".

La simulación es una metodología muy adecuada para la formación de residentes, especialmente en el inicio de su formación y por supuesto en el resto de la misma.



SEGURIDAD



C0065 IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SIMULACIÓN EN CIRUGÍA: FORMACIÓN ADEMÁS DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN

Marcelo Calabozo Raluy¹, Francisco José Álvarez Díaz², Carmen Matthies Baraibar², Santiago Díez Lázaro², Jaime Caramés Estefanía², Eva Pérez Morán²

¹Hospital Universitario Cruces Barakaldo (Bizkaia) España

²OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces (Bizkaia) España

1 Justificación

Los estudios publicados sobre simulación se centran fundamentalmente en la mejora de habilidades técnicas y la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Describir el impacto de nuestro programa de simulación quirúrgica, con énfasis en otros aspectos además de los indicados.

3 Material y Métodos

Programa: basado en aprendizaje compartido, sinergia entre especialidades, uso racional de instalaciones y moderación de costes.

Formación: habilidades quirúrgicas básicas, laparoscopia y microcirugía, inicialmente para residentes.

Resultados: dos años. Tanto del programa, como de iniciativas desarrolladas en torno a él.

4 Resultados

Factor limitante inicial: coste de equipos de simulación comerciales, fue una oportunidad que extendió el proyecto más allá de la formación de residentes.

Propuesta: basada en la interprofesionalidad: liderazgo de dirección del hospital, participación de universidad y de Instituto de investigación, alianzas con proveedores y esfuerzo de 15 servicios.

Participación: investigadores y/o formadores (entre otros: biólogos, veterinarios, ingenieros y médicos. Y alumnos (formación profesional, residentes, adjuntos e ingenieros). Más de 250 personas y más de 2500 horas de formación.

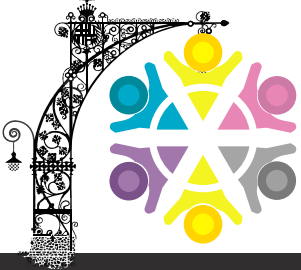
Satisfacción global participantes: 4,9 (escala 0-5).

Otros resultados:

| | |
|---|---|
| Investigación Desarrollo Innovación | 1 proyecto de investigación (software de análisis de movimiento) 1 modelo de utilidad (caja de entrenamiento para laparoscopia) |
| Responsabilidad social corporativa | Fabricación y comercialización de cajas por fundación que emplea discapacitados |
| Visibilidad | Sesión general hospitalaria Premios como reconocimiento a la mejor práctica formativa Comunicaciones en congresos nacionales e internacionales Encargo de cajas por parte de sociedades científicas y hospitales |
| Pregrado | Fabricación inicial de cajas por alumnos de formación profesional |
| Grado y posgrado | Trabajos de fin de grado y de máster de ingenieros |
| Especializada | Incorporación posterior de cuatro servicios más con otras actividades |
| Continuada | Reciclaje y perfeccionamiento de cirujanos de plantilla Formación BC para cirugía experimental con animales |

5 Conclusiones

El programa aportó (además de formación a residentes y seguridad a pacientes): trabajo en equipo, investigación, desarrollo, innovación y visibilidad a la formación dentro del hospital.



APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL

SEFSE areda

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

COMUNICACIONES ORALES

SIMULACIÓN



SIMULACIÓN



C0083 LA VIDEOGRABACIÓN: UNA TÉCNICA DE APRENDIZAJE DE LOS TUTORES Y RESIDENTES

Josep Massons Cirera¹, **Magdalena Rosell Murphy**²

¹CAP Ronda Prim (Mataró) (Barcelona) España

²CAP Fontetes Cerdanyola del Vallès (Barcelona) España

1 Justificación

La videograbación es una técnica audiovisual que permite valorar las habilidades comunicativas del facultativo en la consulta, facilitando el análisis de su desarrollo y su evaluación posterior.

2 Objetivos

Describir una experiencia formativa basada en la aplicación de la videograbación entre los tutores de medicina familiar y comunitaria.

Valorar los resultados de la aplicación de la técnica en los residentes , por parte de los tutores.

3 Material y Métodos

- Se crea un grupo de trabajo de tutores interesados en la técnica de videograbación, que facilita la formación sobre la misma entre los participantes. El objetivo es entrenar a los tutores en la técnica y en la aplicación de feedback al residente, posterior al análisis de la videograbación.
- Intervención formativa: El grupo se reúne 3 años con regularidad, en sesiones de 120 minutos con un experto en videograbación. En las sesiones se realizan análisis de entrevistas videograbadas, con pacientes reales y aplicación del método de PBI(Problem based Interview).Se revisan la monitorización, las habilidades comunicativas y el método de feedback personal y grupal de la videograbación al residente.
- Cada tutor miembro del grupo es referente de videograbación para tutores de su equipo docente.
- Cada equipo realiza la videograbación a los residentes y se comenta conjuntamente por los tutores y residentes en una sesión posterior.

4 Resultados

Se han formado 17 tutores.Se han realizado 49 sesiones de videograbacion con residentes El rango de sesiones realizadas por equipo es entre 1 y 15.

Dificultades de implementación: la resistencia a la grabación por parte de residentes, la ejecución correcta de las medidas de confidencialidad del paciente y aspectos técnicos de la videograbación.

5 Conclusiones

Los tutores han consolidado su aprendizaje en la videograbación y feedback a los residentes.

La valoración de los tutores es que se trata de una técnica potente de aprendizaje y que la aceptación de los residentes se ha incrementado.



SIMULACIÓN



C0113 FORMACIÓN ONLINE DE ESPIROMETRIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. BLOG SOPLASOPLA

Elena Saez Gil, Raul Piedra Castro, Julia Alonso Calleja, Beatriz Yuste Martinez, Paula Sanchez-Seco Toledano, Ana Garcia Garcia

Centro de Salud Azuqueca de Henares (Guadalajara) España

1 Justificación

La espirometría es una técnica de amplia implantación en Atención Primaria. Sin embargo su uso no esta extendido de forma generalizada. Esto se debe a múltiples factores, entre ellos la falta de formación con un enfoque práctico. Nuestro blog pretende ser una iniciativa para acercarnos a ese objetivo.

2 Objetivos

Difusión de conocimientos sobre espirometría en Atención Primaria entre sanitarios de todas las categorías profesionales (médicos de Atención Primaria, residentes de Atención Primaria y Especializada, estudiantes de medicina y enfermería, etc)

3 Material y Métodos

Blog diseñado e integrado en la plataforma Wordpress. Web, dominio y hosting en wordpress. Dirección web www.soplasopla.com Flujo de trabajo: Programación periódica de subida de contenidos. Recogida real de datos de espirometrias en la consulta de Atención Primaria de un Centro de Salud urbano. Aspectos Etico-legales: Consentimiento informado para uso de información medica previo anonimizado de datos personales de casos clínicos. Contenidos: Casos clínicos comentados. Se elaboran casos clínicos de interés educativo centrados en la realización e interpretación de la espirometría. Tutoriales. Explicación breve y paso a paso del uso del espirómetro y de la interpretación de la prueba. Otras técnicas de estudio respiratorio.

4 Resultados

Inicio mayo 2013. 62 entradas publicadas. 80.974 visitas (12 septiembre 2019). Vistas 2018 de 27612 con 13457 visitantes únicos y media de vistas por visitante de 2,05. Media mensual de vistas superior a 2000 (2301 en 2018). 58 seguidores. Origen visitas. 47,48% España; 9,57% Colombia; 9,31% México; 6,92% Chile; 6,03% Argentina; 3,13% Estados Unidos. Fuente de tráfico: Google 53,10%; Redes sociales (Facebook y Twitter 8,16%); Wordpress app 2,24%

5 Conclusiones

La comunicación de formación y experiencias reales a través de blogs es una forma sencilla, didáctica, simple y al alcance de todos que nos otorga la posibilidad de mejorar en nuestra formación como personal sanitario mejorando así la calidad asistencial. Compartir conocimientos es el modo de aprender y mejorar conjuntamente la atención de nuestros pacientes respiratorios. La creación de este blog supone un apoyo para la formación de pregrado (estudiantes sanitarios) y formación postgrado (MIR y médicos adjuntos).



SIMULACIÓN

C0150 PROGRAMA DE FORMACIÓN INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR EN NUEVAS
COMPETENCIAS: OXIGENACION EXTRACORPÓREA EN CRÍTICOS

Marcos Pérez Carrasco¹, Eduard Argudo Serra¹, Elisabeth Gallart¹, Marielle Esteve², Jordi Riera del Brío¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron Barcelona (Barcelona) España

²Institut de Recerca Vall d'Hebron (Barcelona) España

1 Justificación

La adquisición de nuevas competencias en la actividad sanitaria es continua y en ocasiones de alta complejidad, requiriendo el diseño de programas de formación integral, que incluyen el uso de laboratorios de simulación y experimentación animal.

2 Objetivos

Formar a profesionales sanitarios de paciente crítico en el manejo de terapias de oxigenación extracorpórea (ECMO) de manera integral y multidisciplinar.

- Adquirir la competencia de manejo de pacientes en ECMO
- Adquirir la competencia de canulación/soporte a la canulación de pacientes en ECMO

3 Material y Métodos

Se planteó un programa para adquirir las competencias de ECMO a profesionales sanitarios de críticos (licenciados en medicina y enfermería) que incluía formación teórica, talleres prácticos, laboratorio de simulación y simulación en laboratorio de experimentación animal. El programa se planteó a dos años y cumpliendo los requerimientos solicitados por la ELSO (Extracorporeal Life Support Organization).

4 Resultados

Se realizaron 6 cursos teórico-prácticos formando a 120 participantes (90 licenciados en enfermería y 30 licenciados en medicina). En cada uno de los cursos (20 alumnos por curso) se establecieron 5 escenarios de simulación alta fidelidad y de participación multidisciplinar. Finalmente, durante este periodo formativo se realizaron tres sesiones en el laboratorio de experimentación animal que permitieron adquirir la habilidad de canulación de pacientes en ECMO a 12 licenciados de medicina y de soporte a la canulación a 20 de enfermería. Esta formación integral ha permitido el manejo de un total de 47 casos de pacientes en ECMO con una supervivencia del 69%.

5 Conclusiones

Terapias de alta complejidad como el tratamiento en ECMO requieren una formación integral y multidisciplinar. La formación teórico-práctica junto a los laboratorios de simulación puede complementarse con la utilización del laboratorio de experimentación animal en la adquisición de habilidades de alta complejidad.



SIMULACIÓN



C0019 APRENDIZAJE SEGURO: SIMULACIÓN CLÍNICA Y TALLERES DE HABILIDADES PARA RESIDENTES DE MATRONA

Maria D. Cerdan Jiménez, Dolors Pintado Ferreño

Hospital General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

1 Justificación

El tutor es el principal responsable del proceso de enseñanza y debe ser capaz de proponer métodos de aprendizaje seguros para los residentes.

Todo paciente deben tener la seguridad de ser tratado por residentes perfectamente entrenados. En nuestro hospital se diseñó un programa formativo mediante talleres de habilidades y simulaciones clínicas para mejorar las competencias y “asegurar” el aprendizaje “seguro”.

2 Objetivos

Presentamos la evolución del programa formativo específico para las residentes de matrona durante los últimos 6 años.

3 Material y Métodos

En el año 2014 se iniciaron 2 primeras actividades. Progresivamente se fueron añadiendo diversas acciones para dar respuesta a las necesidades detectadas. Según los objetivos de aprendizaje, las acciones se calendarizan a lo largo de los años de residencia. La adquisición de un maniquí simulador obstétrico permitió incluir talleres de simulación de técnicas obstétricas y distocias.

4 Resultados

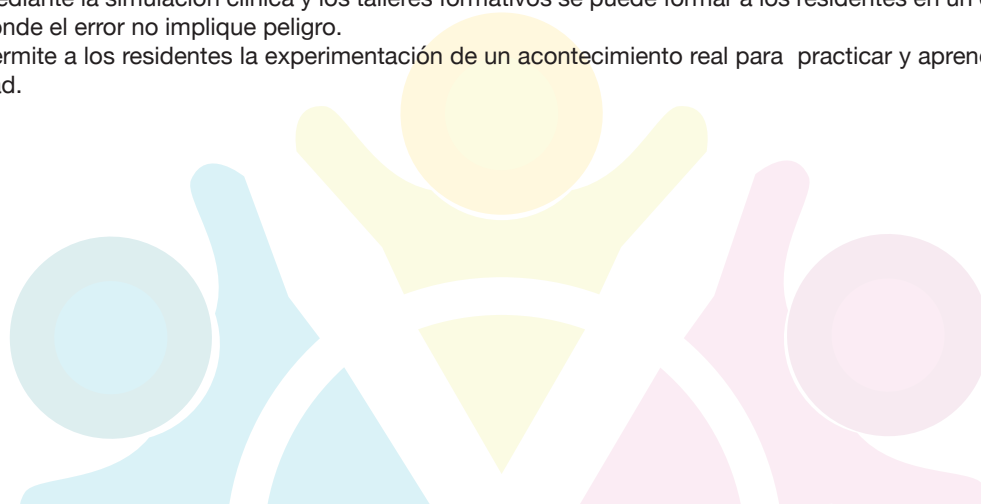
Actualmente el programa se compone de diez actividades:

- Sesión formativa sobre atención e ingreso en sala de partos
- Taller de instrumentación en sala de partos
- Taller de simulación de técnicas obstétricas
- Taller: medicación urgente en sala de partos
- Sesión formativa anestesia: implicaciones en la mujer gestante.
- Taller de suturas episiotomía y desgarros perineales
- Taller de simulación de distocia de hombros
- Taller de simulación de parto de nalgas
- Taller de simulación de manejo del prolapso y circulares de cordón
- Sesión formativa: Duelo perinatal

Han realizado los talleres un total de 21 residentes de matrona y 4 residentes de ginecología. Según encuesta de opinión, el grado de satisfacción de los residentes con esta formación es excelente y es valorada como muy útil para un aprendizaje seguro.

5 Conclusiones

Mediante la simulación clínica y los talleres formativos se puede formar a los residentes en un espacio seguro donde el error no implique peligro. Permite a los residentes la experimentación de un acontecimiento real para practicar y aprender con seguridad.



SIMULACIÓN



C0154 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA RESIDENTES CON SIMULACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: FORMACIÓN PRELIMINAR DE REFERENTES

Cèsar W. Ruiz Campillo, Jordi Bañeras Rius, Marcos Pérez Carrasco, Mónica Rodríguez Carballeira

Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona) España

1 Justificación

La simulación clínica es una herramienta muy útil en la formación en ciencias de la salud. Su puesta en marcha en un gran hospital de tercer nivel con más de 500 residentes requiere un programa muy bien estructurado, transversal, autosostenible y con muchos profesionales implicados. Como primer paso se organizaron tres cursos para conseguir profesionales que actuaran de referentes en sus diferentes servicios y unidades.

2 Objetivos

Determinar el interés de los profesionales del hospital en la simulación como herramienta docente y su grado de implicación para actuar como referentes de la misma.

3 Material y Métodos

Se realizaron tres cursos para referentes, de 5 horas de duración cada uno, con un total de 73 participantes (médicos, enfermeras y psicólogos). Tras el curso se les pidió que completaran una encuesta con 10 preguntas mediante el aplicativo de Google Forms. Algunas preguntas eran binarias (sí/no) y otras se valoraron mediante la escala de Likert en 5 categorías. Se exponen los resultados en forma de valor absoluto y porcentajes.

4 Resultados

Se obtuvieron 57 respuestas entre los 73 participantes (78,1%). Un 59,6% estaban implicados en la docencia (35,1% como tutores de residentes y 43,2% como profesores de universidad). Un 54,5% no había participado nunca en actividades de simulación y solo un 16,1% tenían formación en simulación clínica.

La tabla resume los resultados más relevantes:

| Afirmación | Ni de acuerdo ni en desacuerdo/Regular | De acuerdo/ Bastante útil | Muy de acuerdo/ muy útil |
|---|--|------------------------------|-----------------------------|
| La simulación ayuda a mejorar la seguridad y la calidad asistencial | 3,6% | 10,7% | 85,7% |
| El curso ha sido útil | 10,7% | 33,9% | 48,2% |
| Desearía normalizar la simulación como herramienta docente en mi servicio | 12,5% | 8,9% | 78,6% |
| Tengo interés en actuar de referente de simulación | 5,4% | 26,8% | 66,1% |

5 Conclusiones

Existe un amplio número de profesionales comprometidos en la implementación de la simulación como herramienta docente.

Se deberá hacer un gran esfuerzo para formar formadores en simulación.



SIMULACIÓN



C0107 UN NUEVO PARADIGMA DOCENTE EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA. APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS (ABP)

Maria Carmen Estruch Vidal¹, Joana Noguera Mas², Ines Carpi Femenia¹, Mireia Zaragoza Estela¹, Piero Caceres Zuñiga³, Jaime Poquet Jornet¹

¹Hospital De Denia (Alicante) España

²Centro Salud EL Vergel (Alicante) España

³Centro Salud Calpe (Alicante) España

1 Justificación

La formación especializada está en progreso continuo y necesita nuevas metodologías docentes. Nuestra realidad requiere cada vez más de un trabajo en equipo multidisciplinar donde la construcción del conocimiento y la interacción cooperativa predominan sobre el aprendizaje individual.

2 Objetivos

El objetivo es mejorar la formación del médico residente desarrollando las competencias "transversales" trabajando en equipos multidisciplinarios entre especialidades y con un objetivo común.

3 Material y Métodos

Constituido el grupo de trabajo de tutores ABP, se diseñaron varios casos clínicos de interés común para las siguientes especialidades MIR: familia, interna, ginecología y anestesia. Se implementó en un grupo piloto de R1.

Cada caso se desglosa en 3 sesiones:

- Lectura, brainstorming y generación de hipótesis
- Discusión tras búsqueda bibliográfica
- Resolución mediante presentación oral/escrita.

Evaluación: mediante rúbricas de las sesiones de tutoría, grupo, tutor y caso, con un feedback global tras cada caso y propuestas de mejora.

Las competencias trabajadas y evaluadas de forma continua: Creatividad, pensamiento crítico, comunicación, trabajo en equipo, curiosidad, optimismo, resiliencia o liderazgo y, sobre todo, la capacidad de reflexionar sobre lo que aprendemos y sobre nuestros propios procesos de pensamiento para seguir aprendiendo.

4 Resultados

Con participación superior al 80% y valoración general de los residentes superior al 70% en la mayoría de casos clínicos, ampliamos los casos a R2 y el próximo curso a R3. Percibimos una mejora progresiva en la adquisición de competencias, resultado de la reflexión continua y espíritu crítico constructivo con oportunidades de mejora continua, basados en valoraciones cualitativas y cuantitativas.

5 Conclusiones

El aprendizaje de adultos se produce desde lo que debatimos con otros, lo que hacemos y lo que enseñamos a otros. El ABP es una herramienta adecuada para aprender en la formación especializada y usarla, como valor añadido, con grupos multidisciplinarios, potenciando el trabajo en equipo, fundamental para cualquier trabajador sanitario.



SIMULACIÓN



C0116 PODCASTING EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA EXPERIENCIA AZUSALUD.

Raul Piedra Castro, Paula Sanchez-Seco Toledano, Beatriz Yuste Martinez, Ana Garcia Garcia, Julia Alonso Calleja, Elena Saez Gil

Centro de Salud Azuqueca de Henares (Guadalajara) España

1 Justificación

El podcasting es una forma de comunicación libre, de creciente implantación y relativamente fácil de elaborar. Los profesionales sanitarios debemos comunicar de forma eficaz información biomédica veraz. El uso de herramientas como podcast pueden acercarnos a nuestros pacientes y ayudar en su educación para la salud.

2 Objetivos

Divulgar conocimiento en salud a través de la elaboración de un podcast de educación para la salud. Fomentar el espíritu crítico entre los oyentes objetivo de los programas (pacientes y público en general) Mejorar la competencia en análisis de información biomédica y en habilidades de comunicación entre los participantes (médicos y residentes de Medicina de Familia) Integrar nuevos modos de comunicación en el trabajo y formación de los residentes de familia.

3 Material y Métodos

El podcast Azusalud son audios distribuidos en internet mediante un sistema de redifusión RSS elaborados en un centro de salud urbano. Alojamiento, hosting y distribución web en www.speaker.com. Equipo de trabajo: Médicos y residentes de Medicina Familiar en un centro de salud urbano. Se incorporan colaboraciones externas de otros profesionales sanitarios. Flujo de trabajo: Episodios quincenales. Recopilación de noticias y revisión de literatura médica reciente. Distribución de contenidos entre los participantes. Grabación en salas del Centro de Salud con un portátil Mac y el software Audio Hijack 3. Edición de audio con software Fission 2.4 y Audacity 2.3 Existe un mail a disposición de oyentes para sugerencias y comentarios. Distribución: Libre, gratuita y sin registro previo. Web Speaker. Podcast indexado en categoría "ciencia y medicina" en iTunes, iVoox, Spotify, Castbox e iHeart Studio. Accesibilidad desde cualquier app de podcasting en iOS y Android.

4 Resultados

Inicio febrero 2018. Publicados 31 episodios. Servidos 9460 audios individuales. 312 seguidores (web speaker). Fuentes: Spotify 27,75%; Website Speaker 19,65%; iOS Apps 17,34%; Android Apps 12,14%; otros 23,12% Localización: España 79,33%; Estados Unidos 11,33%; Mexico 2,67%; Argentina 2,00%

5 Conclusiones

La información de salud comunicada por los profesionales sanitarios responsables de la atención médica en Atención Primaria puede potenciarse a través de nuevas tecnologías cada vez más accesibles a la población que atendemos.



SIMULACIÓN



C0164 REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE LAS PRIMERAS GUARDIAS, SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA DOCENTE.

Jorge Lema Bartolomé¹, Ana Isabel Roldán Montero², Beatriz Cervera Monteagudo³, Francisco Javier Olivares Marín⁴, M^a del Carmen Martínez Magaña⁵, Aurora González Checa⁶

¹Gerencia de Atención Integrada de Cuenca (Hospital Virgen de la Luz) Cuenca (Cuenca) España

²C.S. Cuenca I (Cuenca) España

³Hospital Virgen de la Luz (Cuenca) España

⁴112 UME Cuenca (Cuenca) España

⁵112 UME Motilla del Palancar (Cuenca) España

⁶C.S.. Tragacete (Cuenca) España

1 Justificación

En el periodo de acogida a los nuevos residentes de la UDMAFyC, se ha incluido un programa específico de simulación para ayudar a los residentes como afrontar las primeras guardias, que es lo que se espera de ellos, donde tienen que poner especial atención y como presentar a los pacientes a sus adjuntos o residentes mayores.

2 Objetivos

Proporcionar conceptos básicos de atención al paciente urgente.

Disminuir la ansiedad generada ante las primeras guardias.

3 Material y Métodos

Se diseñan escenarios en los que se ponía a los residentes en situaciones habituales en guardias hospitalarias (disnea, SCASEST, hipoglucemia, EAP...), siempre manteniendo al escena dirigida a la actuación de los R1.

Los casos se desarrollaron con maniqués y actores que simulaban a los residentes mayores, enfermería, pacientes y adjuntos según la situación.

En cada caso participaban varios residentes. Después de cada caso había un debriefing, donde se analizaba el caso y se extraen las enseñanzas y aspectos de mejora de lo sucedido.

A los meses se mantiene una entrevista semiestructurada con cada residente para valorar la experiencia.

4 Resultados

Todos los residentes intervienen activamente en varios casos, en entornos "cuasi" reales actuando en su propio rol, R1, en las urgencias hospitalarias.

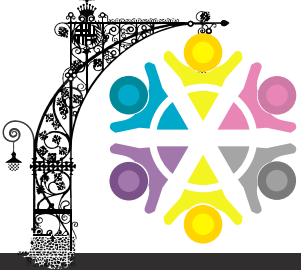
El manejo de los casos se les hace muy complicado, pero se trabaja mucho en el flujo de trabajo y los procedimientos básicos de atención.

Nos transmiten que esas sesiones les han proporcionado una sensación de seguridad en las primeras guardias, "el ya haber pasado por eso" hace que estén más tranquilos.

5 Conclusiones

Esta experiencia les ha servido para aclarar conceptos, sobre todo de nivel de responsabilidad y seguridad del paciente, interiorizan la importancia de recabar la información clínica de una manera ordenada y orientada a la situación del paciente, a clasificar la gravedad y la ayuda que en cada caso deben solicitar y cómo hacerlo.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL

SEFSE areda

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

COMUNICACIONES ORALES

TUTORÍA



TUTORÍA



C0163 AUTOEVALUACIÓN Y RECONOCIMIENTO EXTERNO DE LAS FUNCIONES DE TUTORIA

Alicia Avila López¹, M^a Josep Cerqueira Dapena², Ainhoa Molins Mesalles², Nuria Mestre Roset², M. Angels Moll Capo²

¹SGODP. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (Barcelona) España

²SGODP. Departament de Salut (Barcelona) España

1 Justificación

La satisfacción con el trabajo realizado y el reconocimiento por parte del entorno son fundamentales para mantener el grado de compromiso de los tutores y tutoras de residentes.

2 Objetivos

Conocer la valoración que los tutores hacen de su trabajo y el grado de reconocimiento que perciben.

3 Material y Métodos

Se realizó una encuesta en línea de 38 preguntas a los 1825 tutores de la comunidad, que analizaba la carga de trabajo, formación específica, unidad docente, centro docente y reconocimiento de las funciones de tutoría. Para garantizar la confidencialidad de los datos no se identificó la especialidad. Se realiza un análisis descriptivo de resultados.

4 Resultados

Se han obtenido 1284 respuestas válidas (70,36% de los encuestados). El 94,9% de los tutores consideran que conocen bien o muy bien sus funciones y el 88,2% están globalmente satisfechos con su labor. Puntúan sensiblemente mejor su accesibilidad y dedicación, que la planificación seguimiento o evaluación de los residentes. El reconocimiento que perciben es mayor en los residentes (el 92,1% considera que es bueno o muy bueno), que en los colegas (la percepción baja al 81%), el jefe de servicio (81,6%) o el centro sanitario (70,8%). El 44,4% afirman no tener preferencia para realizar actividades formativas, el 13,5% que la tutoría no puntúa en la carrera profesional y el 27,7% que no se tiene en cuenta en los baremos para la provisión de plazas. En las tres preguntas un alto porcentaje de tutores no conoce la respuesta, a pesar de que las 3 formas de reconocimiento están reguladas en el decreto de FSE de la comunidad.

5 Conclusiones

Los tutores tienen una buena percepción de su labor y se sienten reconocidos sobre todo por los residentes. El menor reconocimiento percibido es el del centro y se debe tanto a información incompleta como a datos objetivos



TUTORÍA



C0050 PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE MENTORÍA DURANTE LA RESIDENCIA DE ONCOLOGÍA MÉDICA: EXPERIENCIA PROSPECTIVA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA DE BADALONA.

Teresa Moran Bueno, Sofía España Fernandez, Laura Angelats Companys, Marc Cucurull Salamero, Ricard Mesía Nin

ICO-BADALONA BADALONA (BARCELONA) ESPAÑA

1 Justificación

La mentoría (Ment) es una relación profesional en la que un mentor (M) ayuda a una persona en formación [residente (R)] a desarrollar habilidades específicas para su crecimiento profesional/ personal. La Ment Asignada (MA) permite participar de diferentes métodos de Ment, abordar diferentes campos en la oncología, y enriquecer la actividad investigadora de todas las unidades clínicas. Planteamos que la puesta en marcha de MA podría mejorar la distribución de la carga de investigación, la productividad científica (PC) y la satisfacción de nuestros M/R.

2 Objetivos

1. Evaluar autosatisfacción de los M y compararla con la opinión del R
2. Evaluar satisfacción de los M hacia los R
3. Evaluar PC de los M/R

3 Material y Métodos

Para el objetivo 1 empleamos la herramienta de evaluación de competencias de Ment (MCAT, resultados cuantitativos, 1-7) al inicio y fin del periodo de evaluación. El objetivo 2 se analizó mediante la herramienta de evaluación de la Universidad de Arizona (UAMAT, resultados cualitativos, sí/no/otras). La PC se evaluó según comunicaciones/publicaciones por cada R/M.

Asignamos 6 R a 6 M, por áreas de conocimiento. Establecimos un período de 1 año para cada M/R. Evaluamos los 2 períodos de los cursos entre el 2017 y el 2019, obteniendo los resultados MCAT al inicio, y de MCAT/UAMAT al final del período (total: 30 cuestionarios).

4 Resultados

MCAT se completó en un 85,7% (puntuación de 5,6, M) y en un 50% (5,9;R) en 2017-2018. En 2018-2019, se completaron el 100% de los cuestionarios en ambos grupos (4,7 entre M y 5,3 entre R). La PC incluyó 13 comunicaciones (mediana de 2, rango 1-3) y 4 publicaciones.

UAMAT se completó en 66,6% de los casos en 2018-2019. Las respuestas fueron sí/no/otras en el 61,8%, 30,3% y 6,5%, respectivamente.

5 Conclusiones

- La MA asocia una satisfacción de M/R moderada/alta
- La MA ofrece oportunidad de PC a todos los M/R



TUTORÍA



C0037 OPERACIÓN TUTOR: UNA ECOE LÚDICA PARA TUTORES

Fernando Ros Rodrigo¹, Ana Isabel Cremades Mestre², Carmen Clavero Rubio², Jose Antonio Vidal Ruiz³, Carolina Asunción Pérez Galmés², Patricia Palmer Muntaner⁴

¹Servei de Formació Sanitària Palma (Illes Balears) España

²Hospital Son Espases (Illes Balears) España

³Gerencia del Área de Salud de Menorca (Illes Balears) España

⁴Gerencia Atención Primaria Mallorca (Illes Balears) España

1 Justificación

La formación de tutores es un pilar básico de la formación sanitaria especializada(FSE). El gran objetivo del aprendizaje es la acción, no el conocimiento. La metodología docente participativa(MDP) permite poner el práctica lo aprendido.

2 Objetivos

Conocer la satisfacción de los tutores participantes en el taller Operación Tutor.

3 Material y Métodos

Taller participativo con 4 estaciones, impartido en Jornadas de Tutores de FSE de la Comunidad:

Primera estación, **Trivial**, se pregunta de manera alterna normativa de FSE, preguntas valoradas con 1,2,3 puntos según dificultad, si fallan hay rebote.

Posteriormente, separados en 3 grupos,realizan 3 estaciones restantes:

- **Primera entrevista tutor-residente:** se planifica la primera reunión tutor-residente y escenifica la entrevista con residente real, valorada con check list.
- **Feedback docente:** se planifica entrevista con residente cuyo rendimiento ha disminuido notablemente los últimos meses. Se escenifica y valora con check list.
- **Puzzle:** en una pizarra se agruparán los documentos que deben presentarse en un Comité de evaluación, cursos del plan transversal, contenido del Plan Individual de Formación y contenido del informe del tutor. Hay una mesa con cartulinas con esta información y otra sobrante. Un punto por cada cartulina bien colocada. Se otorga en cada estación al equipo que obtenga más puntos 3 puntos, al segundo 2 y al tercero 1. El equipo ganador es el que obtiene más puntos de las 4 estaciones.

Los participantes de las jornadas recibieron link de un formulario google forms para evaluarlo. Respondieron 32 de 70 alumnos. Encuesta tipo rúbrica de 4 niveles, 2 positivos y 2 negativos.

4 Resultados

Fue valorado por encima de lo esperado 61.5% y satisfactorio 35.9%.

5 Conclusiones

La MDP es muy buena herramienta para la formación de tutores, la satisfacción tanto en la encuesta como la transmitida por el feedback inmediato fue excelente. Es un modelo que permite poner en práctica las competencias del tutor.



TUTORÍA



C0085 RETRATO DEL TUTOR MIR EN GALICIA: UNA REALIDAD INEXPLORADA

Sandra Pardo Seoane¹, Anxo Fernández Pérez², Hugo Alonso García³

¹UDM AFyC - Complejo Hospitalario Universitario de Ourense Ourense (Ourense) España

²CS Novoa Santos (Ourense) España

³S. Urgencias - Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (Ourense) España

1 Justificación

El colectivo tutor, a raíz de la sobrecarga y la escasa valoración que sufre, se ha desmotivado, agotado y no parece haber un relevo generacional inmediato. Consideramos necesario un estudio que defina el perfil real, la autopercepción del estado y nivel de agotamiento del tutor MIR en Galicia.

2 Objetivos

- Principal: Definir perfil demográfico, necesidades, inquietudes y condiciones del tutor MIR en Galicia.
- Secundarios: Conocer grado de desgaste psicológico (burnout) y de envejecimiento del colectivo

3 Material y Métodos

Encuesta anónima de satisfacción, del Complejo Hospitalario de Navarra y cuestionario Maslach Burnout Inventory; enviados por medio de sus jefes de estudio mediante enlace a Google Drive.

Análisis: OfficeExcell y SPSS-Statistics.24.

4 Resultados

N=18,8% del total. Edad media de 50 años, distribución equitativa por sexo, especialista vía MIR, con contrato fijo, no tiene el doctorado y acceso voluntario a la docencia. Tiene despacho compartido, no ostenta jefaturas, no es profesor universitario y lleva menos de 10 años siendo tutor. Está muy motivado, aunque ya ha pensado en abandonar; alto grado de voluntarismo y dedicación fuera de horario laboral, aunque no cree que perjudique su vida personal.

No existe itinerario formativo específico y considera como necesidades formativas: metodologías docentes, diseño de plan formativo y formación basada en competencias, dejando atrás normativa en FSE, aunque admite no conocerla apenas. Considera imprescindible la profesionalización y evaluación periódica; se siente poco valorado y demanda tiempo, del que no dispone. Percibe aumento progresivo en la presión asistencial, lo que perjudica la docencia.

Un 16,38% rozan el diagnóstico de burnout, con muy bajos niveles de realización personal.

5 Conclusiones

- Resulta imprescindible la profesionalización del colectivo: itinerario formativo específico y tiempo reconocido.
- Existe un envejecimiento poblacional preocupante en el subgrupo de Medicina Familiar y Comunitaria
- Aparece un desgaste psicológico importante, concentrado en tutores no veteranos, con muy bajos niveles globales de realización personal



TUTORÍA



C0046 IMPLANTACIÓN DE NUEVO MODELO DE ELECCIÓN DE TUTORES EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE Y PROBLEMAS SURGIDOS A CORTO-MEDIO PLAZO.

Cristina Cases Perez, Mikel Mancheño Losa, Agustín Blanco Echevarría

Hospital 12 de Octubre (Madrid) España

1 Justificación

Hasta hace un año, el proceso de nombramiento de tutores de residentes consistía en designación unilateral por el Jefe de Servicio. Al implantarse la figura del Jefe de residentes, se detectaron problemas surgidos de dicho nombramiento, por lo que se decidió implantar un nuevo modelo.

2 Objetivos

Estandarizar el proceso de nombramiento de tutores nuestro hospital. Evaluar ventajas e inconvenientes a corto/ medio plazo tras su implantación.

3 Material y Métodos

FASE A: Propuesta formal por el Jefe de Servicio según un formulario estandarizado. Asociar Curriculum Vitae. Requisitos: contrato a tiempo completo, especialista con experiencia superior a un año, incompatible con jefaturas de Sección o Servicio.

FASE B: encuesta anónima estandarizada de los residentes del Servicio. Participación del 70% y voto favorable del 50% de éstos.

FASE C: Presentación de candidatura en la Comisión de Docencia.

Situaciones especiales:

- Ausencia de candidatura por el Jefe de Servicio: propuesta del candidato desde la Comisión de Docencia.
- Votación desfavorable y/o propuesta rechazada por la Comisión de Docencia: comunicación al Jefe de Unidad.

4 Resultados

34 propuestas en el último año, con una media de 2,8 candidaturas al mes. Participación media de residentes 70%. 2 encuestas negativas (5.9%), una de ellas resultó en nombramiento de otro candidato, con demora de 2 meses en el nombramiento. 13 encuestas no valorables (38.2%) por escasa participación, pero con 11 nombramientos (32.4%) por votación mayoritariamente favorable. De las otras dos encuestas: un candidato se rechazó; el otro candidato fue nombrado tras la revisión del proceso.

5 Conclusiones

Alto nivel de participación y de votaciones favorables por parte de los residentes. El rechazo del nombramiento en dos casos implica la atención prestada a las necesidades/demandas de los residentes en cuanto a su formación y su participación activa y directa en ella.



TUTORÍA



C0130 LA COORDINACIÓN ENTRE TUTORAS/ES PIR COMO ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN CONTINUADA

Bernat Carreras Marcos¹, Natalia Calvo Piñero², Maite Garolera Freixa³, Joana Guarch Domènech⁴, Yolanda Martínez Ortega⁵, Raquel Vidal Estrada²

¹Parc Sanitari Sant Joan de Deu Sant Boi de Llobregat (Barcelona) España

²H.U. Vall d'Hebrón (Barcelona) España

³Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona) España

⁴Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona) España

⁵Fundació Althaia. Xarxa Assistencial Manresa. (Barcelona) España

1 Justificación

El programa formativo actual de la especialidad de Psicología Clínica considera la Atención Continuada como un elemento central en la formación del residente. Esta formación se puede organizar bajo diversas modalidades, dependiendo de las posibilidades y necesidades de cada Unidad Docente. En Cataluña, sin embargo, su implantación ha sido inexistente o anecdótica hasta hace tres años.

2 Objetivos

Conseguir que la Atención Continuada forme parte del programa formativo de los residentes de Psicología Clínica (PIR) de todas las unidades docentes acreditadas de Cataluña. La Atención Continuada contribuye a la progresiva toma de responsabilidad del residente y permite un mayor conocimiento práctico y manejo clínico.

3 Material y Métodos

Los tutores de Psicología Clínica de Cataluña, bajo el amparo de la *Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica*, ha establecido un calendario de reuniones de una frecuencia bimensual en los últimos tres años. El objetivo principal de estas reuniones ha sido compartir estrategias y materiales para incluir en cada Unidad Docente de Catalunya, la Atención Continuada en el programa formativo de los residentes de la especialidad.

4 Resultados

Actualmente, de las 16 Unidades Docentes catalanas acreditadas para la formación de especialistas en Psicología Clínica, 4 han implementado un programa de Atención Continuada, 6 han presentado la propuesta del programa a la Unidad Docente y las 6 restantes todavía carecen de programa o proyecto de Atención Continuada.

En las unidades donde ya está consolidada, se ha convertido en una actividad reconocida tanto por parte de los especialistas como de los residentes.

5 Conclusiones

Las reuniones sistemáticas de trabajo de las/os tutoras/es de la especialidad de Psicología Clínica favorecen la mejora del programa formativo de los Psicólogos Internos Residentes (PIR) en Cataluña.

En estos últimos años, las Unidades Docentes que han implementado o están en vías de implementar la Atención Continuada, han pasado de un 6,25% en el 2014 a un 62,5% en 2019.



TUTORÍA



C0091 IMPLANTACIÓN DE UN LIBRO DEL TUTOR ON-LINE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO

Pedro Castro Rebollo, Jenaro Fernández-Valencia Laborde, Ricard Cervera Segura, Raimundo Lozano Rubí, Digna Pasín Ferreiro, Francesca Pons Pons

Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

Son diversas las estrategias llevadas a cabo para facilitar las labores del tutor en Formación Sanitaria Especializada. El aumento de estas funciones desde el Real Decreto del 2008, asociado a la alta carga asistencial en nuestro sistema sanitario, genera conflictos, falta de tiempo y recursos para su desarrollo adecuado. Una potencial ayuda son *softwares* que agilicen estas tareas.

2 Objetivos

Describir la utilización de una herramienta informática al servicio del tutor “Libro del Tutor *on-line*: *Docentis®*” en su primer año de implantación.

3 Material y Métodos

En el año 2018 se implantó como piloto en el Hospital Clínic de Barcelona una herramienta informática al servicio del tutor diseñada *ad hoc* por la Comisión de Docencia y el Servicio de Informática Médica del Hospital, y por una compañía de desarrollo de aplicaciones especializada en salud (*Costaisa®*). Tras el primer año, se analizó el uso de la herramienta mediante la explotación de los registros sobre las diferentes actividades posibles con el sistema. El uso de la herramienta fue, en este primer año, opcional y voluntario, no obligatorio.

4 Resultados

Desde mayo 2018 a mayo 2019 se dieron de alta a 90 usuarios (fundamentalmente tutores) y se registraron en la plataforma *Docentis®* un total de 360 Planes Individuales de Formación, 1619 evaluaciones de rotaciones y 685 entrevistas tutor-residente. Además, se utilizó el sistema para realizar 216 evaluaciones anuales y 51 memorias tutoriales.

5 Conclusiones

La creación de una herramienta de facilitación de las labores del tutor se ha asociado a un alto uso de ésta, facilitando el registro y el cumplimiento de dichas tareas.



TUTORÍA


C0134 GRUPO DE TUTORES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LAS UNIDADES DOCENTES DE CATALUNYA Y LA SOCIETAT CATALANA D' ESPECIALISTES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. RECIPROCIDAD DE ACCIONES Y DE REPERCUSIONES.

Joana Guarch Domènech¹, Maite Garolera Freixa², Monica Astals Vizcaino³, Cristina Ventura Fornas⁴, Tutores Pir De Las Unidades Docentes De Catalunya Grupo De Trabajo De La Scepc⁵, Junta Societat Catalana D'especialistes En Psicologia Clínica⁵

¹HOSPITAL CLINIC BARCELONA (BARCELONA) España

²Consorti Sanitari de Terrassa (Barcelona) España

³INAD-Parc Salut Mar (BARCELONA) España

⁴Parc Sanitari Sant Joan De Déu (Barcelona) Barcelona

⁵Fundació Acadèmia De Ciències Mèdiques I De La Salut De Catalunya I De Balears (Barcelona) España

1 Justificación

El programa de Formación Especializada en Psicología Clínica via residencia se implanta en 1994 y la Especialidad se reconoce en 1998 (RD 2490/1998). Desde los inicios diversos tutores PIR de las Unidades Docentes de Catalunya se reúnen para compartir experiencias y propósitos. En 2009 se constituye la Societat Catalana d' Especialistes en Psicologia Clínica (SCEPC), que en 2016 se incorpora como Sociedad Científica a la Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. El Grupo de Tutores deviene uno de los principales Grupos de Trabajo de la SCEPC.

2 Objetivos

Que el Grupo de Tutores PIR comparta, en distintos ámbitos de acción, intereses y propósitos con la SCEPC, redundando en beneficio del desarrollo de la Especialidad y de la formación de los residentes.

3 Material y Métodos

Presentamos los objetivos, manera de proceder y actividades de la SCEPC y del Grupo de Tutores PIR de la SCEPC.

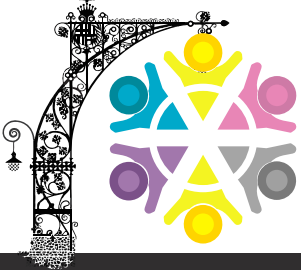
4 Resultados

A través de actividades docentes del Grupo de Tutores para y con los residentes, la SCEPC conoce mejor sus intereses y necesidades formativas y las considera en Cursos y Jornadas que organiza. A través de actividades de representatividad de la SCEPC, las acciones del grupo de Tutores para promover la instauración de la Atención Continuada (AC) y defender la necesidad de aumentar plazas PIR, ha tenido mayor difusión y efecto. Para el curso 2020-21 la convocatoria de plazas formativas de Especialistas en Psicología Clínica se ha ampliado de 27 a 41 en Catalunya. Y de las 16 Unidades Docentes catalanas, 4 centros ya implementan la AC y 6 están en proceso.

5 Conclusiones

La transversalidad de los objetivos y la sinergia de acciones entre SCEPC y Grupo de Tutores repercute en ampliar opciones formativas y docentes de nuestros residentes, contribuye al desarrollo profesional de la Especialidad y normaliza su reconocimiento en ámbitos de Salud clínico-asistenciales, docentes, investigación y gestión.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL

SEFSE areda

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

COMUNICACIONES ORALES

MISCELÁNEA



MISCELÁNEA



C0152 INFLUENCIA DE FACTORES COGNITIVOS, MOTIVACIONALES Y DE PERSONALIDAD EN EL RENDIMIENTO EN EL EXAMEN PIR DE ACCESO A LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA

Juan Hernández García¹, Bernat Carreras Marcos², Ivette Morilla Figueras³, Mar Mamano Grande⁴, Xacobe Fernández García⁵, Javier Prado Abril⁶

¹Germanes Hospitalaries Sagrat Cor Martorell (Barcelona) España

²Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona) España

³Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona) España

⁴Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona) España

⁵Badalona Serveis Assistencials (Barcelona) España

⁶Servicio Aragonés de Salud (Zaragoza) España

1 Justificación

Existen escasos estudios sobre las variables relacionadas con el rendimiento en concursos-oposición que dan acceso a la Formación Sanitaria Especializada, en la que se incluye la Psicología Clínica (PIR).

2 Objetivos

1) establecer las características diferenciales entre los alumnos con plaza PIR y aquellos que no han obtenido plaza, en cuanto al rendimiento académico y otras variables psicológicas; 2) establecer la capacidad predictiva de las variables evaluadas en el resultado final del examen.

3 Material y Métodos

La muestra estuvo compuesta por 103 alumnos de la Academia Persever (Barcelona) de los cursos 2017-2018 y 2018-2019. Los participantes tenían entre 22 y 46 años ($M=25.89$ y $DT=4.23$), el 86.4% fueron mujeres. Se administraron cuestionarios elaborados ad-hoc para evaluar aspectos motivacionales y afectivos, hábitos de estudio y rendimiento académico previo al examen. Se evaluó la personalidad, factores intelectuales, variables neuropsicológicas y otras variables psicológicas. Para las diferencias entre grupos se utilizaron los estadísticos t Student, Mann-Whitney y Chi-cuadrado. Se realizó un análisis correlacional y de regresión múltiple para investigar los predictores significativos del rendimiento en el examen.

4 Resultados

Los opositores con plaza mostraron valores significativamente mayores en nota de acceso a la universidad, expediente académico universitario, baremo académico para el examen, horas de estudio, CI, aprendizaje auditivo verbal, autoeficacia percibida y renuncia personal. Los valores fueron significativamente menores en calidad del sueño e inteligencia emocional. Las variables predictoras de un buen rendimiento en el examen, por orden de peso relativo, son: autoeficacia específica de obtener plaza, baremo académico calculado por el ministerio, total de horas invertidas durante la preparación, faceta Fantasía del rasgo Apertura mental en personalidad y memoria diferida.

5 Conclusiones

Los resultados sugieren que ciertas variables tienen peso en la capacidad predictiva del resultado en el examen. Se precisan más estudios para contrastar los prometedores hallazgos y generar nuevas hipótesis de estudio.



MISCELÁNEA

C0009 TALLERES DE REFLEXIÓN ESTRATÉGICA: VISIÓN DE LOS RESIDENTES
COMO PROFESIONALES DE NUESTRA ORGANIZACIÓN

Marcelo Calabozo Raluy¹, Eva Pérez Morán², María Jesús González García², Inés Gallego Camiña², Elixabete Idoiaga Uribe², Cristina Sánchez Sánchez²

¹Hospital Universitario Cruces Barakaldo (Bizkaia) España

²OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces (Bizkaia) España

2 Objetivos

El primer plan estratégico de nuestra OSI (organización sanitaria integrada que incluye un hospital y once unidades de atención primaria) no recogió la visión de los residentes como profesionales integrantes de nuestra organización.

Pretendemos aumentar su sentimiento de pertenencia a la organización e incluir su opinión en la redacción del nuevo plan.

3 Material y Métodos

Desde la gerencia se convocó a un grupo de diez residentes a un taller de reflexión estratégica con el apoyo de la subdirección de innovación y la metodología “Lego serious play”.

Se tuvo en cuenta la paridad, el año de residencia y su pertenencia a diferentes áreas.

Expusieron su visión actual de nuestra organización (con sus puntos fuertes y débiles) y la visión futura que deseaban como profesionales jóvenes (con sus propuestas de mejora).

Al finalizar, cumplimentaron una encuesta de satisfacción.

4 Resultados

Visión actual: como aspectos positivos, consideran que somos una organización grande, con muchos recursos, buenos profesionales y orientación a la excelencia. Como aspectos negativos, creen que la carga de trabajo es grande, que el peso de la atención primaria debe aumentar, que debe existir un relevo generacional y que las relaciones personales dificultan nuestro avance.

Visión futura y propuestas de mejora: eliminan los términos paciente y usuario y hablan de personas informadas, responsables y comprometidas con su salud. Para ello creen importante el papel de la universidad y la atención primaria. Ven equipos multidisciplinares con apertura a profesionales no clínicos, como informáticos o ingenieros. Trabajan en espacios físicos más amables y tienen mayor espíritu de equipo. Por ello aprecian las experiencias para construir equipo (“team building”).

5 Conclusiones

Los residentes encontraron la experiencia muy positiva.

Su participación aportó puntos de vista frescos, que no existían en el plan estratégico anterior.

Sus opiniones se incorporaron al dossier preparado para su discusión y posterior redacción del nuevo plan por parte del equipo directivo.



MISCELÁNEA



C0102 EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DEL ENTORNO LABORAL EN LOS RESIDENTES EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura Pujol Franco, Victòria Olivé Cristany, Pedro Castro Rebollo, Ricard Navinés De La Cruz, Marta Tortajada Montlleó, Sonia Barroso Reinon

Hospital Clínic (Barcelona) España

1 Justificación

Las profesiones sanitarias son consideradas de elevado riesgo de estrés crónico y *burnout*. Los residentes en formación son un grupo especialmente vulnerable^{1,2}. La exposición a factores psicosociales desfavorables en el entorno de trabajo impacta directamente en la salud mental de los profesionales.

2 Objetivos

Evaluar la percepción de los factores de riesgo psicosocial y su evolución en el tiempo en los residentes de formación sanitaria especializada (FSE) de un Hospital Universitario de tercer nivel, con el fin de establecer acciones de mejora específicas para este colectivo.

3 Material y Métodos

Estudio observacional y transversal mediante un cuestionario sobre factores psicosociales a todos los residentes de FSE del Hospital Clínic de Barcelona. El cuestionario fue *on-line*, voluntario y anónimo, y forma parte de la metodología FPSICO-INSHT 4.0, que evalúa los siguientes factores: Tiempo de Trabajo, Autonomía, Carga de Trabajo, Demandas Psicológicas, Variedad/contenido, Participación/Supervisión, Interés por el Trabajador/Compensación, Desempeño de rol, Relaciones y Apoyo social. Los resultados de exposición a estas dimensiones se analizaron en relación al año de residencia para estudiar su evolución.

4 Resultados

Se recibieron un total de 107 respuestas (participación del 31,38%). Se observó una mayor percepción de riesgo a medida que aumentaban los años de residencia ($p < 0,05$). Los residentes evaluados perciben un aumento, en el transcurso de los años, de la mayor parte de factores de riesgo psicosocial evaluados como son: presión del tiempo, esfuerzo de atención, cantidad y dificultad de trabajo, exigencias emocionales y autonomía temporal. Sin embargo, existe una percepción de mejora en relación a los aspectos vinculados con las exigencias cognitivas.

5 Conclusiones

En los residentes en FSE existe una tendencia desfavorable en relación con la percepción de riesgo psicosocial a lo largo de los años de residencia. Los resultados deben interpretarse de manera cautelosa dada la baja participación obtenida.



MISCELÁNEA


C0144 EVALUACIÓN DEL USO DE TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN RESIDENTES DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (EIR, MIR Y PIR). REFLEXIÓN SOBRE LAS NECESIDADES FORMATIVAS DURANTE EL PERIODO DE RESIDENCIA.

Azucena Justicia Díaz¹, Miriam Aragonés Calleja², Alberto Paramio Leiva³, Isabel Campodarve Botet⁴, Tatiana Díaz Bouza¹, Rosa Aceña Domínguez¹

¹Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Hospital del Mar, Barcelona. Barcelona (Barcelona) España

²Unidad de Media Estancia, Hospital Padre Jofre, Valencia. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Hospital del Mar, Barcelona. (Valencia) España

³Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz. (Cádiz) España

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital del Mar, Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

La formación sanitaria especializada, puede desencadenar estrés en los residentes y afectar negativamente en su salud física y mental¹. Se ha demostrado que los residentes siguen sin afrontar el estrés de una manera saludable². La escasa evidencia disponible sobre el uso de técnicas de afrontamiento y manejo del estrés, sugiere más investigación en esta área.

2 Objetivos

- Examinar el nivel de estrés y ansiedad de los residentes de diferentes especialidades del Parc de Salut Mar; -Conocer las técnicas de afrontamiento al estrés empleadas; -Orientar las necesidades formativas en gestión del estrés durante el periodo de residencia

3 Material y Métodos

N=94 (EIR, MIR y PIR). V. Independiente: especialidad en curso. V. Dependientes e instrumentos de medida: nivel de estrés percibido³, estrategias de afrontamiento⁴ y ansiedad estado/rasgo⁵. Recogida de datos *on-line*, anónima. Se realizaron análisis de correlación de Pearson entre las v.dependientes, ANOVA de una vía de los diferentes tipos de especialidad y análisis de regresión lineal por pasos para los modelos explicativos del estrés percibido y la ansiedad. Se consideraron significativos los resultados con una $p < 0.05$.

4 Resultados

De 303 residentes, la participación fue de un 31%, en su mayoría MIR. Las variables dependientes correlacionan significativamente y de forma positiva entre ellas. El análisis de regresión aportó modelos significativos en las tres variables dependientes de ansiedad y estrés. La ansiedad estado: auto focalización negativa (AFN), expresión emocional abierta (EEA), búsqueda de apoyo social. La ansiedad rasgo: AFN, reevaluación positiva, EEA. El estrés percibido: AFN.

5 Conclusiones

La ansiedad y el estrés percibido se encuentran muy relacionados entre sí, por lo que fomentar técnicas de afrontamiento positivas podría favorecer la prevención o disminución de los niveles de estrés y ansiedad. No obstante, debido al tamaño de la muestra, estudios con una muestra mayor serían necesarios para poder contrastar resultados.



MISCELÁNEA



C0159 DIFERENCIAS DE CRITERIO DOCENTE ENTRE TUTORES Y RESIDENTES

M^a Josep Cerqueira Dapena¹, Alicia Avila López², Nuria Mestre Roset², Ainhoa Molins Mesalles², M. Angels Moll Capo²

¹Sub Direcció General d'Ordenació i Desenvolupament Professional Barcelona (Barcelona)

²SGODP. Departament de Salut (Barcelona) España

1 Justificación

Anualmente se realiza una encuesta de satisfacción a todos los residentes de la comunidad. Las respuestas de los centros ante algunos de los resultados, hace pensar que puede haber discrepancias de criterio sustanciales entre tutores y residentes.

2 Objetivos

Comprobar el grado de discrepancia entre los criterios de valoración de tutores y residentes.

3 Material y Métodos

En 2019, además de la encuesta anual de satisfacción a los 4.497 residentes, se realizó una encuesta dirigida a los 1.825 tutores de la comunidad. Se redactaron en los mismos términos las preguntas referentes a las funciones de tutoría, proporción entre asistencia y docencia, valoración de la unidad docente y del centro docente. Se realizó un análisis comparativo de los resultados.

4 Resultados

Se han obtenido 3.542 respuestas de residentes (78,7%) y 1.284 de tutores (70,36%). El 87,3% de los residentes y el 88,3% de los tutores consideran que las funciones de tutoría son globalmente buenas o muy buenas. Valoran como buena o muy buena: La relación entre el tiempo dedicado a asistencia y otras actividades docentes el 82% de los tutores y el 56,2% de los residentes; el compromiso del máximo responsable asistencial el 87,2% de los tutores y el 81% de los residentes; la docencia global en la unidad docente el 97,4% de los tutores y el 86,9% de los residentes, el compromiso del centro el 91,9% de los tutores y el 82,7% de los residentes y la docencia global del centro el 96% de los tutores y el 86,2% de los residentes.

5 Conclusiones

Tutores y residentes valoran de manera similar las funciones de tutoría, pero manifiestan una clara discrepancia respecto al peso de las actividades asistenciales en su programa, y también en la valoración de las unidades y los centros docentes, hechos que deben ser tenidos en cuenta para mejorar la calidad tanto real como percibida de la docencia.



MISCELÁNEA



C0095 JORNADA DEL RESIDENTE INVESTIGADOR: “UN ESCAPARATE PARA EL DESARROLLO CIENTÍFICO”

Maria Soledad Holanda Peña¹, Héctor Alonso Valle², Emilio Rodrigo Calabia², Roberto Ballester Calabia²

¹Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Unidad de Docencia Médica Santander (Cantabria) España

²Hospital universitario Marqués de Valdecilla (Cantabria) España

1 Justificación

Los médicos internos residentes (MIR) constituyen el eje fundamental del sistema de formación médica en España.

Durante su periodo de formación han de realizar formación teórica y práctica adecuada a su plan de formación individual y de especialidad, labor asistencial y formación/desarrollo de investigación científica.

Inmersos en la presión asistencial actual, resulta difícil alcanzar un equilibrio entre esos tres componentes. Por ello, desde la Unidad de Docencia Médica hospitalaria, se intentó impulsar la investigación científica de los residentes del hospital.

2 Objetivos

Impulsar la investigación científica en los médicos especialistas en formación.

Indagar acerca de la actividad investigadora desarrollada por especialidades en nuestro hospital.

Dar a conocer y visibilizar dicha actividad.

Implicar a los servicios en la actividad científica investigadora.

Dar valor a los mejores trabajos de investigación

3 Material y Métodos

Se publicó en la página web del hospital la convocatoria a participar en la I Jornada del Residente Investigador; se crearon 3 categorías: Servicios médicos, quirúrgicos y centrales; la Unidad de Docencia Médica del hospital clasificó todos los abstracts de acuerdo a la categoría requerida; una vez aceptados, se comunicó a los autores y se instó a elaborar un póster financiado por Docencia Médica; el día de la Jornada se expusieron todos los posters participantes en el Hall del Hospital para dar visibilidad pública al trabajo de los residentes; tres Comités Evaluadores de acuerdo con las tres categorías participantes evaluaron individualmente una exposición oral a pie de cada póster. Se siguió un sistema de puntuación objetivo que evaluaba 4 aspectos: abstract, póster, exposición y relevancia.

4 Resultados

47 abstracts, 3 excluidos por no cumplir las bases.

Las especialidades con mayor presencia fueron: neumología, nefrología, cardiología, ginecología, radioterapia e inmunología. Se eligieron 2 trabajos por categoría.

5 Conclusiones

La Jornada del Residente Investigador supone un gran escaparate para mostrar la actividad investigadora y científica del residente.

El apoyo al Residente refuerza positivamente su trabajo.



MISCELÁNEA



C0073 RESIDENCIA Y EMBARAZO: EL EQUILIBRIO ENTRE LA MATERNIDAD Y UNA VIDA LABORAL ACTIVA

Rocío Villar Vinuesa¹, José María Ramada Rodilla², Alonso López Herrera², Martina Lupia², Gloria Nohales Taurines², Consol Serra Pujadas²

¹Hospital del Mar, Salud Laboral (Barcelona) España

²Hospital del Mar (Barcelona) España

1 Justificación

La gestión protocolizada del embarazo durante la residencia tiene como objetivo proteger a la mujer y al feto y/o recién nacido, y contribuir a una vida laboralmente activa, siempre que las condiciones de trabajo así lo permitan.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es describir las adaptaciones y cambios de lugar de trabajo realizados para las residentes embarazadas de un hospital de tercer nivel y el uso de la prestación por riesgo durante el embarazo (PRE) en caso de no poder evitar posibles riesgos laborales.

3 Material y Métodos

El Servicio de Salud Laboral del Hospital del Mar elaboró en 2007 un protocolo de actuación ante la notificación de un embarazo, en cuyo proceso colaboraron los representantes de los trabajadores y fue aprobado en el Comité de Seguridad y Salud. Se recoge información de la evaluación de riesgos del lugar de trabajo, el embarazo, las adaptaciones y/o cambios de lugar de trabajo y el uso de la PRE.

4 Resultados

El protocolo se activa cuando la residente notifica su embarazo al servicio de Salud Laboral. Un 4,7% (n=49) de los embarazos registrados hasta ahora corresponden a residentes. La mitad notificaron su embarazo durante el primer trimestre. Los principales riesgos laborales a los que están expuestas fueron biológicos y ergonómicos. En tres cuartas partes de los embarazos se realizó una adaptación del puesto de trabajo y un 20% se acogió a la PRE.

5 Conclusiones

La gestión precoz de cada caso es vital para proteger a la embarazada y al feto de los riesgos que puedan existir en el lugar de trabajo. Las adaptaciones permiten compatibilizar el trabajo activo con el embarazo en una etapa laboral de especial sensibilidad a los riesgos presentes en el lugar de trabajo. Es muy importante que tanto las residentes como sus tutores conozcan el protocolo de gestión de la trabajadora embarazada.



MISCELÁNEA



C0071 COMO UN SENCILLO VÍDEO DE PRESENTACIÓN PARA FUTUROS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CREA UN ESPACIO DE REFLEXIÓN EN VALORES ÉTICOS.

Sebastià Garriga Sintès, Verónica Segura Coronil, María José Mas Gutiérrez, María Ferragut Reus, Mario Alonso Pradillo, María del Mar Bennasar Rosselló

Hospital Manacor (Illes Balears) España

1 Justificación

La formación de los residentes está orientada principalmente a los aspectos clínicos y teóricos. Sería necesario complementar dicha formación con el aprendizaje de determinados principios éticos de gran importancia en el ejercicio de la medicina, que el residente debe poseer y perfeccionar. La enseñanza de estos principios éticos se encuentra claramente dificultada por la práctica clínica diaria y sus limitaciones.

2 Objetivos

Poner en valor el adiestramiento en aspectos éticos y fomentar su introspección.

3 Material y Métodos

El Hospital de Manacor es un hospital comarcal desconocido para la mayoría de personas que no viven en la isla de Mallorca. Para dar a conocer el hospital, las condiciones de trabajo y formativas de sus residentes, se grabó un vídeo, realizado con una videocámara Panasonic, en el que los residentes de forma voluntaria respondían a una serie de preguntas abiertas y no conocidas previamente. Participaron 9 residentes (8 mujeres y 1 varón). Se editó el video con el programa Moviemaker. Entre las preguntas que contestaban, las había relacionadas con su lugar de origen, vocación, como llegaron a elegir la especialidad y nuestro hospital, el papel del residente en las rotaciones, su vivencia en las guardias y una valoración final de la residencia.

4 Resultados

Al tratarse de preguntas abiertas los participantes respondieron libremente abriéndose de forma no intencionada, un espacio de reflexión sobre valores en medicina. Con las intervenciones más interesantes se ha editado un video.

5 Conclusiones

Es difícil encontrar momentos específicos o actividades en el currículum en que se traten aspectos como la vocación, el profesionalismo, altruismo, compromiso, responsabilidad, integridad y honestidad. Debemos considerar la reflexión sobre estos conceptos como un elemento esencial para el aprendizaje y favorecer las actividades encaminadas a su desarrollo. Tal vez podríamos potenciar dicha reflexión en las entrevistas estructuradas tutor-residente.



MISCELÁNEA



C0101 FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA 3.0

Trinitario Sánchez Montón, Carmen Santiago García, Rafael Gomis Cebrián, José Sedes Romero, Samantha Wasniewski, Luis García De Guadiana

Complejo Hospitalario Universitario De Cartagena (Murcia) España

1 Justificación

La Sesión Clínica es una de las principales herramientas de aprendizaje en la Formación Sanitaria Especializada (FSE). En cada sesión convergen: experiencia clínica, actualización bibliográfica, discusiones con rigor científico y decisiones consensuadas sobre los enfermos. Más del 80 % de los conocimientos adquiridos en una sesión no se difunden entre los miembros de la propia institución y son desconocidos para otros centros. Sesiones Clínicas 3.0 es una plataforma digital para que las unidades docentes puedan compartir las sesiones más destacadas en tiempo real o en diferido.

2 Objetivos

1. Dar a conocer un recurso digital abierto y participativo donde el usuario es editor de contenidos y la sesión clínica el elemento principal.
2. Explicar el potencial de la FSE 3.0 a través de una plataforma digital app-web, capaz de incluir a otras web, blogs o programas existentes.
3. Realizar una visita virtual de todos los contenidos de esta plataforma.

3 Material y Métodos

Se precisa un ordenador con el programa libre Screen Mirror instalado, un proyector y una conexión wifi disponible para los asistentes que quieran bajarse la app: Sesiones Clínicas 3.0. Se visitarán las diferentes secciones y contenidos de la plataforma.

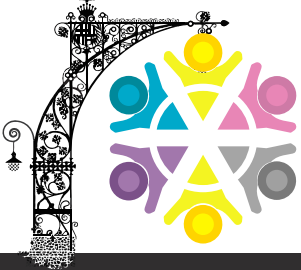
4 Resultados

Proyecto seleccionado por la Plataforma Precipita dependiente de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, con el respaldo del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. En el momento del congreso estará activa una campaña de crowdfunding que hará posible la adquisición de un servidor dedicado y otros requerimientos técnicos.

5 Conclusiones

1. Sesiones Clínicas 3.0 puede convertirse en una herramienta docente de encuentro y cooperación cuya propiedad intelectual sea compartida.
2. La esencia de la Web 3.0 aúna las mismas virtudes que han hecho posible el avance de FSE.
3. Cualquier jefe de estudios, tutor, colaborador o residente podrá tener acceso a multitud de contenidos en los que también ha participado.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

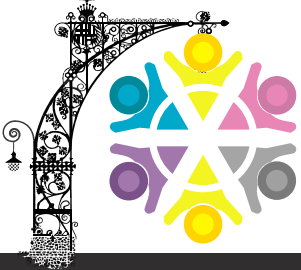
NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

PÓSTERS





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORI AXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

**CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

EVALUACIÓN



EVALUACIÓN



C0014 PROTOCOLOS DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DE LOS RESIDENTES DE UNA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL EN RELACIÓN A LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Maite Campillo Sanz¹, Monica Astals Vizcaino², Josep Martí Bonany², Purificación Salgado Serrano², Azuzena Justicia Díaz²

¹Centres Emili Mira (CAEM), PSMar Sta Coloma Gramenet (BARCELONA) ESPAÑA

²PSMar (Barcelona) España

1 Justificación

2 Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los protocolos de responsabilidad progresiva del INAD, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, del Parc de Salut Mar (PSMar), de las 3 especialidades de residentes a los que forma (médicos especialistas en psiquiatría, psicólogos clínicos, enfermería especializada en salud mental) en relación a la evaluación por competencias.

3 Material y Métodos

Se revisan los protocolos de supervisión y responsabilidad progresiva de los residentes de las 3 especialidades. Las competencias se evaluarán a través de formularios específicos. Se proponen formularios de evaluación de competencias.

4 Resultados

En las 3 especialidades se propone una gradación del nivel de responsabilidad: Nivel 3 (menor), actividades realizadas por el facultativo especialista y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente; Nivel 2 (intermedio), actividades realizadas por el residente bajo la supervisión directa del facultativo especialista; Nivel 1 (mayor), el residente realiza la actividad sin necesidad de supervisión directa, primero ejecuta y después informa, pudiendo disponer de supervisión si lo considera necesario.

5 Conclusiones

La responsabilidad progresiva no depende de la profesión/ especialidad del residente sino que debe ser inherente a la formación de especialistas en ciencias de la salud. La obligación de supervisión directa durante la práctica asistencial en el nivel de responsabilidad intermedio permite evaluar aspectos competenciales tales como la profesionalidad, las habilidades de comunicación, cuidados del paciente y habilidades clínicas, difíciles de evaluar en supervisión indirecta. El paso al nivel 1 de responsabilidad exige disponer de espacios de supervisión que permitan valorar competencias como la práctica basada en el contexto del sistema de salud y la práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua.



EVALUACIÓN



C0018 ESPACIO DE REFLEXIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS PARA RESIDENTES DE MATRONA

Maria D. Cerdan Jiménez, Rosario Arias Cebrian, Dolors Pintado Ferreño

Hospital General de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

1 Justificación

La residencia es un periodo que comporta un alto nivel de exigencia y situaciones de estrés. Desde la Tutoría se percibió la necesidad de facilitar a los residentes un espacio de puesta en común y reflexión para dar salida a la expresión emocional. Durante el curso 2018-19 se llevó a cabo el primer grupo de reflexión de tareas y revisión de incidentes críticos con residentes de matrona de nuestro Hospital

2 Objetivos

- Proporcionar a las residentes acercamientos más globalizadores a la verdadera complejidad de la relación asistencial en su faceta más emocional.
- Favorecer el trabajo grupal y potenciar su cohesión.
- Estimular el desarrollo del pensamiento crítico y la reflexión en común.

3 Material y Métodos

Espacio co-conducido por la Tutora de residentes y una Psicóloga del Hospital. Sus funciones son, respectivamente, asumir la revisión y reflexión de aspectos técnicos y profundizar en los aspectos emocionales de las relaciones interpersonales. Las residentes aportan las experiencias que viven durante su residencia como material de análisis y reflexión. El debate se centra en el manejo de las situaciones planteadas. Se acuerda confidencialidad de temas tratados.

4 Resultados

El grupo se ha reunido cada dos meses, desde julio 2018 hasta mayo 2019. Se han realizado un total de 6 sesiones. Valoración muy positiva del espacio y el entorno de intimidad y respeto, que ha posibilitado mayor cohesión grupal y favorecimiento del trabajo en equipo. Ha facilitado el debate sobre los sentimientos encontrados ayudando a afrontar el futuro con esperanza, positivismo y responsabilidad. Surge la propuesta de aumentar la frecuencia de reuniones e incluir a residentes de Ginecología.

5 Conclusiones

Este espacio ha permitido identificar y gestionar emociones, miedos e incertidumbres. Se ha podido pasar de un monólogo a un diálogo reflexivo. Surge la importancia de estar acompañado por "iguales" y tener espacios de reflexión para protegerse de las presiones inherentes a la profesión.



EVALUACIÓN



C0034 DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE NUEVAS HERRAMIENTAS EVALUATIVAS DOCENTES EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Marta Guix Arnau¹, Sonia Serviña Tormo², Gloria Nohales Taurines², Joan Ramon Masclans Enviz², Joan Albanell Mestres²

¹Hospital del Mar (Servicio oncología médica) Barcelona (Barcelona) España

²Hospital del Mar (Barcelona) España

1 Justificación

En 2013 entró en vigor el actual programa oficial de la especialidad (POE) de oncología médica que alargó el periodo de formación a 5 años y actualizó sus contenidos. La sociedad española de oncología médica (SEOM) elaboró una guía para su implementación que incluyó una propuesta de metodología evaluativa basada en competencias.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es describir el trabajo realizado en el servicio de oncología médica del Hospital del Mar (Barcelona) para implementar el nuevo POE de oncología médica, así como los cambios incorporados en metodología docente.

3 Material y Métodos

Durante 2014-2015, las tutoras realizaron formación sobre herramientas evaluativas (mini-CEX, evaluación 360°, audit de registros, exámenes escritos de respuesta múltiple) y promovieron la colaboración de los adjuntos y del jefe de servicio en la adaptación de estas herramientas a oncología médica. De forma paralela, se realizaron sesiones explicativas a los residentes de la especialidad.

4 Resultados

Desde 2016, se implementó entre los residentes un calendario de evaluaciones incorporando las nuevas herramientas. Desde el 2º al 5º año se les exige la realización de un mínimo anual de 6 mini-CEX, 3 audit de registros, una evaluación multidisciplinar 360° (en la que participan compañeros residentes, adjuntos del servicio, personal administrativo y diplomados en enfermería) y un examen escrito de 50 preguntas de opción múltiple que incluye casos clínicos y preguntas en inglés. En 2019, se ha colaborado con la Unidad Docente del centro para facilitar la incorporación progresiva de estas nuevas herramientas evaluativas entre otras especialidades.

5 Conclusiones

Las claves para la implantación exitosa del nuevo sistema de evaluación han sido la dedicación de las tutoras de residentes, la guía de SEOM, y la implicación activa de todos los adjuntos y jefe de servicio de la especialidad en el proyecto docente.



EVALUACIÓN



C0038 360° UN MÉTODO ÚTIL Y ECONÓMICO PARA LA EVALUACIÓN

Maria Aranzazu Sanchez Garcia¹, Andrés Cabero Alvarez², Cristina Ibáñez López²

¹Unidad Docente Salud Mental Urbanización la Fresneda (Asturias) España

²Centro de Salud La Eria (Asturias) España

1 Justificación

Necesidad de potenciar en FSE la evaluación de las habilidades en comunicación y el profesionalismo.

2 Objetivos

Describir “cómo” se hizo y “cuáles” fueron los resultados de realizar una evaluación de 360 ° en un Centro de Salud Mental Infantojuvenil del SESPA.

3 Material y Métodos

Se crearon 2 categorías de evaluadores (profesionales/ familias) y se diseño un cuestionario para cada una de ellas. Dichos cuestionarios estaban formados por 6 items sobre las competencias comunicación y profesionalismo que eran valorados numéricamente y una zona de libre donde se señalaban fortalezas y oportunidades. Tras la cumplimentación anónima de los mismos eran remitidos al tutor principal de la residente.

4 Resultados

La participación fue del 80% (8)entre los profesionales y del 100% (15) en las familias. La puntuación más alta (9,85/10) se obtuvo en el item “valores éticos y profesionales” y la más baja en “ habilidades para valoración del problema” (8,6/10) en el caso de los profesionales. En cuanto a los / las usuarios/as la puntuación más alta se obtuvo en profesionalismo (10/10) y la más baja en puntualidad(8,5/10). Ambas categorías señalaban como área de mejora la gestión del tiempo y como fortaleza la empatía y capacidad de comunicación.

La motivación para realizar la evaluación fue superior entre las familias que entre los profesionales. Estos últimos temían perjudicar a la residente con sus evaluaciones.

La residente valoró positivamente la experiencia obteniendo retroalimentación que no le proporcionaban otros métodos de evaluación. La mayor dificultad la encontró en diseñar un cuestionario de evaluación adecuado.

5 Conclusiones

360° es un método económico y eficaz para evaluar competencias como la comunicación o el profesionalismo, que incluye retroalimentación de los pacientes, familiares y el equipo de trabajo. Para extender esta experiencia sería conveniente estandarizar los cuestionarios de evaluación e incidir entre los tutores en la necesidad de feed back durante el periodo de formación.



EVALUACIÓN



C0047 IMPACTO EN LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION ANUAL Y FINAL TRAS LA NUEVA NORMATIVA DE EVALUACIÓN 2018

Ana Saez Fernandez¹, Susana Calderon Jimenez², Ignacio Elejalde Guerra², Eva Ruperez Garcia², Ascension Zabalegui Goicoechea², Julio Duart Clemente³

¹Complejo Hospitalario de Navarra Pamplona (Navarra) España

²CHN (Navarra) España

³Hospital García Orcoyen (Navarra) España

1 Justificación

2 Objetivos

Conocer, medir el impacto que ha tenido en las evaluaciones anual y final de los Residentes antes y después de las nuevas directrices en Evaluación.

3 Material y Métodos

Desde la Comisión de Docencia del Complejo Hospitalario de Navarra se implantó según normativa para el curso 2018-2019 las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas de formación sanitaria publicados por resolución del MSSSI de 2018. La nota anual y final de los Residentes del CHN se registra en una base de datos Access, desde aquí se obtienen los datos de los cursos 2016-2017 para 225 R, 2017-2018 para 227 R y 2018-2019 para 241 R y medir el impacto y comparar su tendencia.

4 Resultados

Gráfico de barras de nota media anual cuantitativa por cursos y anualidades Gráfico de barras de nota media fin cuantitativa por cursos y anualidades Gráfico de barras de nota media anual cualitativa por cursos y anualidades

5 Conclusiones

Se observa un impacto en los resultados a nivel de calificaciones, que muestra una tendencia a la disminución de la nota media anual cuantitativa en el curso 2018-19 para los R1,2,3. Respecto a la nota anual cualitativa se observa una tendencia a la disminución de los excelentes con un incremento de los muy buenos y buenos la nota disminuye en el curso 2018-19. Detectamos un impacto con un descenso global en la nota anual cualitativa de excelentes.



EVALUACIÓN



C0072 FEEDBACK CLÍNICO A RESIDENTES: EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO CLÍNICO

Héctor Alonso Valle, Marisol Holanda Peña, Emilio Rodrigo Calabia, Roberto Ballesterero Diego, Jose Maria Maestre Alonso, Ignacio del Moral Vicente Mazariegos

Hospital Marqués de Valdecilla (Cantabria) España

1 Justificación

Uno de los factores determinantes para transformar las experiencias clínicas de los residentes en aprendizaje es la conversación de feedback. Así, logramos el crecimiento de cada residente, y potenciar la excelencia clínica.

2 Objetivos

- Entrenar habilidades para proporcionar *feedback* efectivo
- Crear un contexto para conversaciones de aprendizaje
- Identificar los motivos del rendimiento clínico y necesidades de mejora futura
- Ayudar a los residentes a sostener o mejorar el rendimiento clínico

3 Material y Métodos

Se desarrolló un programa formativo dirigido a tutores, tomando como base el Hospital Virtual Valdecilla, centro experto en desarrollo de programas de simulación. El contexto del programa era eminentemente práctico con desarrollo de estructura para un feedback efectivo y manejo de emociones durante el feedback. Se realizaba una práctica de *role play* con la participación de residentes y situaciones clínicas reales. Al final de cada curso se realizaba una encuesta de satisfacción a los tutores participantes

4 Resultados

Se desarrollaron 2 ediciones del curso de feedback clínico en noviembre de 2018 y enero de 2019 con la participación de 18 tutores y 6 residentes. En las encuestas realizadas al final del programa el 70% estaba muy de acuerdo y el 30% de acuerdo con que el nivel de conocimientos con que se habían tratado los temas era el adecuado. El 90% consideraba que el curso le había aportado nuevos conocimientos y el 100% recomendaría la asistencia a otros compañeros y el 100% consideraba que el curso era de interés para su actividad profesional. El 100% de los residentes manifestaron asimismo la satisfacción por haber participado en las sesiones de *role play*.

5 Conclusiones

La realización de actividades formativas sobre el feedback clínico con formato práctico resulta muy interesante para los tutores y residentes participantes.



EVALUACIÓN

C0094 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE 2018-2019
DE LOS RESIDENTES DE LA UDM AFYC DE NAVARRA

Francisco Javier Baquedano Arriazu, María Teresa Ruiz de la Cuesta Muñoz

Unidad Docente Multiprofesional AFyC Navarra Pamplona (Navarra) España

1 Justificación

El nuevo informe de evaluación de rotación de Residentes incluye un apartado de seguridad del paciente que valora la contribución a garantizar la seguridad del paciente y la aplicación de guías de práctica clínica. El itinerario formativo tipo de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Navarra (UDMAFyC Navarra) incluye: Curso básico de seguridad del paciente (R1) de 4 horas, Curso de uso racional del medicamento (R3) de 10 horas y Curso On Line de Seguridad del Paciente y Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente para Atención Primaria del MSCBS (R4) de horas. La formación de Tutores y Colaboradores Docentes de la UDMAFyC Navarra 2018-2019 ha concretado aspectos de seguridad del paciente a tener en cuenta en la evaluación de residentes.

2 Objetivos

Conocer si la formación recibida en seguridad del paciente se refleja en la práctica clínica de los residentes y se traduce en mejor puntuación en la evaluación.

3 Material y Métodos

Analizamos la nota de seguridad del paciente contenida en los informes de evaluación de rotaciones de los residentes de MFyC 2018-2019. Los estadísticos descriptivos y el test de Kruskal-Wallis se calculan con SPSS 25.

4 Resultados

Se analizan 781 evaluaciones de 107 residentes (30 R1, 28 R2, 28 R3 y 21 R4) con una mediana de 8 evaluaciones por residente (rango 1-13) y una mediana de puntuación 9 (rango 4-10). La media por año de residencia va aumentando significativamente de 8,47 (R1), 8,52 (R2), 8,62(R3) a 8,91(R4) (H 11,407; p 0,01).

5 Conclusiones

Sólo dos de las evaluaciones son insuficientes (4) La puntuación media en seguridad es ascendente con diferencias significativas por año. La media de puntuaciones obtenida es muy alta (8,58) lo que plantea dudas si sobreestima la realidad de los conocimientos.



EVALUACIÓN



C0155 LA FORMACIÓN DE RESIDENTES BASADA EN COMPETENCIAS: OPORTUNIDADES PARA LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA

Jon Iñaki Etxeandia-Pradera¹, Daniel Martínez-Urbe², Eduardo Jesús Aguilar García-Iturraspe¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia Valencia (Valencia) España

²CSMA Horta (Barcelona) España

1 Justificación

La formación basada en competencias (FBC) se ha convertido en el modelo educativo de referencia a nivel internacional para la formación sanitaria especializada. Así, países punteros en educación médica han elaborado sus marcos de referencia: CanMEDS en Canadá, ACGME en Estados Unidos, etc. En el caso de España, no existe actualmente un marco estructurado y su desarrollo e implementación en las diversas especialidades como la psiquiatría es aún un reto.

2 Objetivos

Se pretende realizar una reflexión sobre las oportunidades que plantea la formación de residentes basada en competencias para la psiquiatría española.

3 Material y Métodos

Se realiza una revisión crítica de la literatura disponible, tanto del ámbito de la educación médica como de la psiquiatría.

4 Resultados

La FBC constituye un lenguaje que vuelve explícito el proceso formativo, y por tanto evaluable y comprobable. Esto permite la rendición de cuentas a los diversos estamentos participantes: pacientes y familiares (atención psiquiátrica basada en el profesionalismo y la seguridad del paciente), residentes (mejor supervisión y feedback, una de las demandas principales de los residentes de psiquiatría españoles), docentes (demostración y reconocimiento de su labor) y sistema sanitario (accountability ante gestores y contribuyentes).

La psiquiatría es una especialidad con conocimientos científico-técnicos diversos y a menudo dispersos; la FBC ofrece la posibilidad de integrarlos en un marco formativo centrado en el aprendizaje del residente y basado en valores éticos.

La FBC supone para la psiquiatría española una oportunidad para equipararse internacionalmente con países punteros en educación médica, y al mismo tiempo con un sistema que se contextualiza a la realidad y necesidades propias. Asimismo, supondría un ámbito de investigación a desarrollar.

5 Conclusiones

La implementación de una formación de residentes basada en competencias plantea una serie de oportunidades para la psiquiatría española, que deberían integrarse dentro de un análisis más profundo de este reto junto con las fortalezas, debilidades y amenazas.



EVALUACIÓN



C0166 DEL ESCEPTICISMO A LA CONVICCIÓN. EVALUACION 360 A RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Elena Jiménez Belío, Miguel Reyero Cortina

Hospital Universitario Son Espases Palma (Islas Baleares) España

1 Justificación

La evaluación 360 es un instrumento de evaluación formativa que consiste en una evaluación integral de las competencias de los residentes.

El residente es evaluado por sus compañeros, supervisores/tutores/colaboradores docentes, jefes, personal de enfermería y administrativo, pacientes y por él mismo (autoevaluación), basándose más en el comportamiento que en el conocimiento. El objetivo es detectar áreas de mejora y resaltar los puntos fuertes.

Antes de nuestra primera experiencia, adoptamos una actitud escéptica sobre su fiabilidad y utilidad por los posibles factores de confusión al ser evaluados por compañeros del propio residente.

2 Objetivos

Analizar los resultados de las evaluaciones 360 comparando la concordancia de las calificaciones otorgadas por los distintos evaluadores para cada uno de los residentes.

3 Material y Métodos

Cuestionarios de evaluación 360^o realizados en nuestro centro a un total de once residentes durante los años 2014,2015 y 2016.

4 Resultados

Frente al escepticismo inicial se encontró una considerable concordancia en la puntuación otorgada constituyendo una evaluación final mas ponderada y aceptable por el residente. Especialmente útil en los casos en que la evaluación fue especialmente negativa.

5 Conclusiones

La evaluación 360 grados es en nuestro medio una herramienta de evaluación de los residentes de Ginecología y Obstetricia relativamente novedosa.

En nuestra modesta experiencia de 3 años consecutivos se reveló como fácilmente aplicable, complementando notablemente la objetividad obtenida con la valoración anteriormente utilizada en base a la valoración exclusivamente de los tutores.

La amplia coincidencia en cada ítem y en cada residente tuvo una utilidad muy relevante especialmente cuando los resultados eran negativos. Ante ellos, las reticencias a aceptarlos por el residente evaluado desaparecieron de modo notable y por ello tuvieron más posibilidad de éxito las medidas correctoras propuestas por nuestra parte para mejorar su formación.



EVALUACIÓN



C0168 MODELO DE ANÁLISIS DE EVENTOS CRÍTICOS EN RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PARC TAULÍ

Juan D Barbero, Marina Esteve, Alicia Capilla

Hospital Universitario Parc Taulí (Barcelona) España

1 Justificación

Evento crítico es aquel acontecimiento derivado de la práctica cotidiana que causan en el profesional perplejidad, dudas o inquietud, principalmente por su curso y resultados inesperados y que por ello inducen a la reflexión

El análisis de eventos críticos permite informar de manera estandarizada acerca de los incidentes críticos, principalmente se utiliza en formato individual para la tutorización de residentes.

En el servicio de Salud Mental del Hospital Universitario Parc Taulí hemos instaurado un sistema de análisis de eventos críticos de formato grupal (participan todos los residentes de psiquiatría y un tutor dirigiendo la sesión), de cadencia mensual.

2 Objetivos

Analizar las ventajas e inconvenientes del modelo grupal de análisis de eventos críticos respecto al individual

3 Material y Métodos

Hemos utilizado una encuesta semiestructurada para el análisis crítico individual de los distintos formatos. Se han utilizado medidas cuantitativas y cualitativas para el análisis.

Se ha entrevistado a todos los residentes de psiquiatría que han participado en el sistema grupal y al tutor que dirige el grupo.

4 Resultados

El 100% de los implicados han contestado la encuesta.

La puntuación global del formato grupal es de 9.3/10. El 100% prefieren el formato grupal.

Análisis cualitativo de las ventajas del formato grupal:

- Permite un análisis de eventos vividos y de otros vividos y otros potenciales.
- Momento de compartir crisis sin ser juzgado y otros temas importantes.
- Favorece la relación bidireccional tutor-residente.
- Mejor índice coste/beneficio

Cambios a introducir en el formato global:

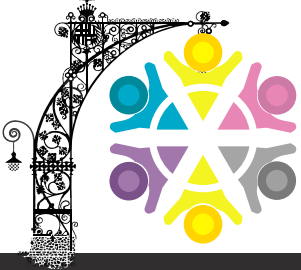
- hacerlo más frecuente
- Calendario menos estructurado.

5 Conclusiones

El 100% de los participantes están satisfechos con el formato grupal de eventos críticos

- El formato grupal permite respecto al individual
- un ahorro de recursos
- mayor apoyo subjetivo entre iguales
- Mayor confianza para tratar conflictos





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORI AXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

GESTIÓN



GESTIÓN



C0022 INCORPORACIÓN DE LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN DEL CAMPUS UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

Francisca Munar Bauzá¹, Maximiliano Pablo Agustín Cardozo Panoff², Xavier Roges Robledo², Verónica Estepa Calvo², Borja González Rodríguez², Susana Manrique Muñoz²

¹Campus Universitario Vall d'Hebron Barcelona (Barcelona) Espanya

²Campus Universitario Vall d'Hebron (Barcelona) España

1 Justificación

El inicio de la residencia, normalmente, se vive con gran entusiasmo, ansiedad e incertidumbre. Los nuevos residentes tienen que integrarse en un hospital, un servicio y una especialidad a menudo desconocidos.

2 Objetivos

Presentamos el programa formativo en Anestesiología y Reanimación que han realizado los residentes de primer año de esta especialidad en el Campus Universitario Vall d'Hebron, al incorporarse.

3 Material y Métodos

Los representantes de residentes de primer, segundo (R2) y tercer año (R3) del 2018, la coordinadora de tutores y jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Campus Universitario Vall d'Hebron han elaborado un programa formativo en anestesiología para que lo realicen, el primer mes de residencia, los residentes de primer año de Anestesiología y Reanimación (R1), con los objetivos de:

- Estar integrado en el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Campus Universitario Vall d'Hebrón, autonomía completa.
- Conocer el Aplicativo de Docencia y programa propio del Servicio de Anestesiología y Reanimación, autonomía completa.
- Adquirir conocimientos básicos en Anestesiología, autonomía completa.
- Adquirir habilidades básicas en Anestesiología, autonomía parcial.

Un mes después, se les pregunta a los R1 si el programa les ha ayudado a integrarse y si lo repetirían.

4 Resultados

Los doce R1 siguieron el programa formativo impartido por sus residentes mayores (R). Asistieron, acompañados de R, a quirófano y a 8 módulos: Aplicativo de docencia y Lya2; tipos de procedimientos anestésicos; farmacocinética y farmacodinamia de anestésicos y coadyuvantes; ventilación mecánica; ventilación manual y permeabilización de la vía aérea; evaluación preoperatoria; preparación de quirófano y monitorización básica en anestesia.

El 92% de los R1 piensa que el programa les ayudó a integrarse en el servicio y el 100% lo repetiría.

5 Conclusiones

Los residentes de Anestesiología y Reanimación han impartido un programa formativo que ayuda a incorporar a sus nuevos compañeros a su Servicio, en el Campus Universitario Vall d'Hebron, y a su especialidad.



GESTIÓN



C0025 PROCESO DE SELECCIÓN DE JEFES DE RESIDENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA DE MURCIA

Jose Antonio Galian Megias, Jose María Cabrera Maqueda, Eduardo Gonzalez Lozano, Carmen Botella Martínez, Elisabeth Monzó Núñez, Jose Domingo Cubillana Herrero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca El Palmar (Murcia) España

1 Justificación

Los jefes de residentes (JJRR) son figuras docentes consolidadas en nuestro hospital desde el año 2001, cuyas responsabilidades han ido incrementando año a año adaptándose a las necesidades de la formación sanitaria especializada (FSE) de nuestro centro. El proceso de selección de los mismos debe ser lo suficientemente robusto como para dar con aquellos candidatos que mejor se ajusten al puesto.

2 Objetivos

Describimos el método de elección de los JJRR en nuestro hospital para que sirva de guía y/o comparativa para otros centros.

3 Material y Métodos

Se ha tomado la convocatoria de los actuales JJRR, a fin de desglosar el proceso en todas sus partes.

4 Resultados

Para el periodo 2019-2020 se convocaron 2 plazas.

Requisitos: terminar la FSE en el año de la convocatoria. Conocer la normativa que afecta a la FSE. Compromiso de compatibilizar las funciones de JJRR y las propias de su especialidad.

Funciones de los JJRR: se detallan de la a) a la f).

Proceso de selección: por el comité evaluador compuesto por: Jefe de estudios, Directora Médica, JJRR salientes y técnico docente de FSE. Se valoran tres elementos: CV, proyecto docente a desarrollar y una entrevista.

Valoración de las solicitudes: Proyecto: 3 puntos, motivación (0,5), descripción del proyecto (1) y cronograma (1,5). CV: 2 puntos, valorándose especialmente los méritos docentes. Entrevista estructurada: 5 puntos, repartidos en 10 preguntas y 5 casos prácticos.

Resolución: la suma de todos los apartados genera un listado de donde se selecciona a los dos candidatos con mayor puntuación.

5 Conclusiones

En total, 19 promociones de JJRR y 35 especialistas han sido elegidos por el Servicio de Docencia y Formación mediante un proceso de selección depurado durante estos años, dando como resultado un método que trata de eliminar la subjetividad y alcanzar las más altas cotas de equidad y transparencia.



GESTIÓN



C0026 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ASISTENCIA DE LOS RESIDENTES A LOS CURSOS DE FORMACIÓN ORGANIZADOS EN 2018 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Eduardo Gonzalez Lozano, Jose María Cabrera Maqueda, Jose Antonio Galian Megias, Elisabeth Monzó Núñez, Carmen Botella Martínez, Jose Domingo Cubillana Herrero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca El Palmar (Murcia) España

1 Justificación

Ante la necesidad cada vez mayor de completar los conocimientos y habilidades que componen el programa de formación de especialidad estandarizado, el Servicio de Docencia y Formación organiza todos los años una serie de cursos tanto obligatorios como optativos para los residentes. Los cursos obligatorios forman parte del Plan Transversal y Complementario del Residente (PTCR) en la Región de Murcia y los cursos optativos van dirigidos preferentemente a facultativos y enfermería aunque están abiertos al resto de trabajadores.

2 Objetivos

Analizamos descriptivamente la asistencia de los residentes a los cursos de formación, así como la duración, satisfacción y superación de los mismos para establecer acciones de mejora.

3 Material y Métodos

Mediante los registros de acreditación se recogió la asistencia de los residentes a los cursos, la duración, grado de satisfacción y porcentaje de superación de los mismos.

4 Resultados

En el año 2018 se realizaron 193 cursos para facultativos, 84 para enfermería, y 8 para residentes (PTCR). La asistencia media de residentes por tipo de curso fue: 29.1 residentes por curso PTCR (100% de residentes), 18.2 residentes en cursos para facultativos (63.2%) y 1.2 residentes en cursos para enfermería (5.8%). La duración media de los cursos fue de 8.5, 7.56 y 6.01 horas (PTCR, facultativos y enfermería) y el grado de satisfacción (de 1 a 5) 3.9, 4.4 y 4.5 respectivamente. El porcentaje de alumnos que superaron los cursos fue del 68.8%, 66.9% y 78.9% respectivamente.

5 Conclusiones

En los cursos para facultativos los residentes llegaron a suponer el 63% de los asistentes, con una media de 18 M.I.R por curso. Sin embargo, estos cursos tienen un menor grado de superación debido posiblemente a su elevada duración y a que los alumnos no puedan compatibilizar la presencia en el mismo con la actividad asistencial.



GESTIÓN



C0029 NECESIDADES DE FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Eduardo Gonzalez Lozano, Jose María Cabrera Maqueda, Jose Antonio Galian Megias, Elisabeth Monzó Núñez, Carmen Botella Martínez, Jose Domingo Cubillana Herrero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca El Palmar (Murcia) España

1 Justificación

Además de la formación concreta de cada especialidad, cada vez es más indispensable una formación complementaria que integre las nuevas realidades y transformaciones sociales para llevar a cabo un desempeño profesional más humano y de calidad. Para ello, el Servicio de Docencia y Formación, ha organizado una encuesta para conocer las necesidades formativas, establecer prioridades y áreas de mejora para todos los trabajadores del hospital.

2 Objetivos

Analizamos los resultados de la encuesta de necesidades de formación en los residentes de nuestro hospital para establecer áreas de acción definidas.

3 Material y Métodos

Se elaboró y distribuyó una encuesta voluntaria y anónima sobre determinados aspectos de los cursos de formación complementaria del hospital y se seleccionaron únicamente las respuestas completadas por residentes.

4 Resultados

34 residentes completaron la encuesta. Las razones más frecuentes por las que realizarían un curso de formación fue por desarrollo propio y perfeccionamiento de los conocimientos (62,7%). La modalidad preferida de los cursos fue semipresencial (52,2%). La duración más votada de los cursos fue de menos de 10 horas (41%) y el horario preferido fue, con diferencia, de 16 a 19 horas de la tarde (68%). La principal razón que impide la realización de los cursos fue la coincidencia del curso con el horario laboral (58%) seguido de falta de conocimiento del curso (26%). Por último, las áreas de mayor interés formativo para los residentes han sido: investigación (26%), asistencia sanitaria (17%), R.C.P. (11%), procesos asistenciales (11%) y habilidades sociales (9%).

5 Conclusiones

Las principales ideas a tener en cuenta respecto a los futuros cursos de formación es que el horario no interrumpa la actividad asistencial, que la duración no exceda las 10 horas, y que aumente la oferta de aquellos con temas como investigación, asistencia sanitaria y R.C.P.



GESTIÓN



C0056 CARRERA PROFESIONAL DE LAS FIGURAS DOCENTES

LUIS ALBERTO FLORES PÉREZ, Luis Fernández Carbajo, María José Aragón Cabeza, Paloma Burgos Díez, Sergio Lazo Fernández, Jesús Heredia Aguilar

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación. Valladolid (Valladolid) España

1 Justificación

La carrera profesional (CP) se define como el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en el ámbito asistencial, formativo, investigador, docente y en su compromiso con la organización en la que presta sus servicios.

El diseño e implantación de la CP ha sido desigual en cada uno de los sistemas de salud autonómicos que constituyen el SNS español. Además, la situación económica desfavorable ha provocado la cancelación del proceso en más del 70% de las comunidades autónomas.

La legislación sobre las funciones de las figuras docentes, en Castilla y León (CyL), contempla el reconocimiento de su actividad en la carrera profesional.

2 Objetivos

Describir la valoración de las figuras docentes en el proceso de CP en CyL.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo del reconocimiento específico de las figuras docentes en el modelo de CP en el sistema sanitario de CyL.

Revisión de la legislación en materia de Carrera Profesional relativa a las figuras docentes en CyL.

4 Resultados

La CP en CyL se estructura en cuatro grados a través de la evaluación de méritos curriculares (MC) y méritos asistenciales (MA). Las figuras docentes tienen el siguiente reconocimiento (créditos) específico en MC: formación: 0 créd. en 7 categorías; docencia: 1,5 créd./1.25 créd. por año de 7 categorías; investigación 0 créd. de 7 categorías; gestión clínica 3 créd. y 2 créd. de 14 categorías. En MA, solo existe la posibilidad específica de evaluación de Jefe de estudios: GI (mínimo 70 créd.); GII (mín. 65 créd.); GIII (mín. 67 créd.); GIV (mín. 85 créd.).

5 Conclusiones

El modelo de CP en CyL para las figuras docentes precisaría de un mayor reconocimiento en forma de créditos específicos en la fase de MC que reflejara la carga de trabajo y dedicación de estas figuras en el sistema sanitario.



GESTIÓN



C0057 HISTÓRICO DE RENUNCIAS EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN CASTILLA Y LEÓN

Luis Fernández Carbajo, LUIS ALBERTO FLORES PÉREZ, María Nieves González Natal, Eva Vaquerizo Carpizo, Ana Marta García Martínez, Paloma Burgos Díez

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación. Valladolid (Valladolid) España

1 Justificación

La elección de una plaza no siempre concluye con la finalización de la formación. Este hecho supone una pérdida de plazas de formación que afecta a la planificación sanitaria prevista.

2 Objetivos

Analizar las características de las renunciaciones de los residentes en el periodo de 1998 a 2018 en Castilla y León.

3 Material y Métodos

A partir del registro de residentes del Ministerio de Sanidad se seleccionan del histórico los residentes con estado de renuncia que compone abandono de plaza y las no incorporaciones. Se estudia la evolución durante el periodo por titulación, edad, nacionalidad, ámbito, año de residencia, provincia de domicilio, número de orden y no incorporaciones.

4 Resultados

Las pérdidas por renunciaciones han tenido su máxima incidencia en 2005 (15.75% de la oferta) y con un repunte en 2010 (10.20% de la oferta). La titulación más frecuente es Medicina (96.73%). La media de edad es de 32 años. Para las no incorporaciones registradas la media es de 38 años. Las nacionalidades más frecuentes son española (66.12%), colombiana (6.31%), peruana (5.31%), república dominicana (3.71%) y boliviana (3.34%). Por ámbito se reparten las renunciaciones en atención primaria (45.79%) y atención especializada (54.21%). Los años de renuncia son sobre todo el primero (77.84%) y el segundo (13.94%). Las provincias de domicilio son Madrid (19,16%), Valladolid (12,85%) y Salamanca (10,98%). La media de número de orden es de 6845 (DS 1850).

5 Conclusiones

La edad de la renuncia es mayor en las no incorporaciones. Las provincias de Castilla y León con universidades de Medicina son las que presentan más renunciaciones. La evolución de las renunciaciones tiene que ver con diferentes factores: oferta de empleo, penalizaciones, recirculación de residentes, etc.



GESTIÓN



C0058 UN MODELO DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO PARA LAS COMISIONES DE DOCENCIA

María de las Mercedes Alarcón Blanco, Francisco Molina Durán, Ana Teresa Pérez Varona, César Carrillo García

Unidad de Desarrollo Profesional. Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud (Murcia) España

1 Justificación

La normativa establece que las comisiones de docencia son órganos de carácter colegiado, por lo que, en ejercicio de sus funciones, necesitan contar con un reglamento de funcionamiento interno (RFI) que, sin perjuicio de sus peculiaridades, se ajuste tanto a la normativa básica constituida por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, como a lo previsto para estos órganos en el ámbito de la comunidad autónoma.

2 Objetivos

- Analizar los RFI de las comisiones de docencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Establecer criterios homogéneos a los que deberán ajustarse los diferentes RFI de todas las comisiones de docencia.
- Elaborar un modelo de reglamento que sirva como base a todas las comisiones, permitiendo su adaptación a las características de cada una de ellas.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo cualitativo de los RFI de las comisiones de docencia de la Región de Murcia en 2019, con participación de las jefaturas de estudios y del órgano competente en formación sanitaria especializada.

4 Resultados

Se han detectado coincidencias y discrepancias entre los RFI, así como lagunas (Vicepresidencia, designación y cese de vocales, subcomisiones,...) o excesos de regulación. Se han elaborado criterios de homogeneización desagregados por comisiones de docencia de centros docentes y de unidades docentes multiprofesionales. Se ha propuesto un modelo de reglamento que las comisiones pueden utilizar adaptándolo a sus particularidades.

5 Conclusiones

La existencia de estos criterios garantiza que los contenidos de los RFI de las comisiones de docencia de la Comunidad contengan disposiciones relativas a todas las cuestiones esenciales para el funcionamiento adecuado de estos órganos, así como que dicha regulación sea similar, sin que existan discrepancias relevantes. También, se evita que, a través de dichos reglamentos, las comisiones de docencia entren en materias que, si bien guardan relación con sus funciones, escapan de su ámbito competencial.



GESTIÓN



C0063 EL PORTAL COLABORA: UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LAS UNIDADES DOCENTES

Antonio Lorenzo Piñeres¹, Carmen Anarte Ruiz¹, Clotilde Peña Santolaria¹, Ángel Masoliver Fores¹, Olga Lázaro Escrig², Amparo Cortés Berti³

¹Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Castellón. H. General Castellón Benicassim (Castellón) España

²Centro de Salud de L'Alcora (Castellón) España

³Centro de Salud de Barranquet (Castellón) España

1 Justificación

El portal colabora es una herramienta informática para facilitar el trabajo de grupos, orientada a la gestión de documentos e información.

2 Objetivos

Mostrar la activación del portal para homogeneizar la evaluación del residente, el apoyo al tutor y el feed-back con la unidad docente.

3 Material y Métodos

Descripción de la introducción del portal en nuestra estructura funcional.

4 Resultados

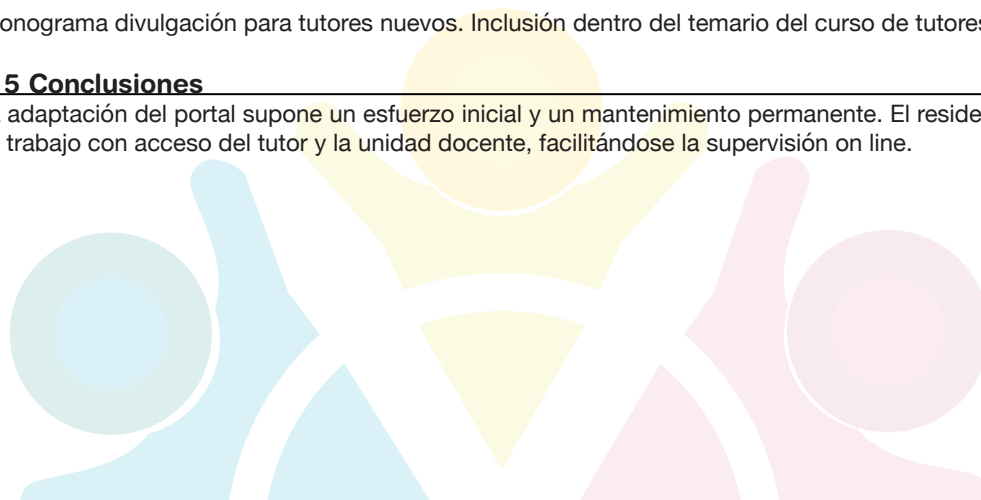
Herramienta de trabajo que comunica UD, tutor, residente. El administrador da accesos a sus sitios al personal docente. Implantación:

1. Reconocer la herramienta y formación:
 1. Curso de formación de formadores a personal de la UD
2. Puesta en marcha:
 1. Elaboración de listados del personal y de información
 2. Pirámide de funcionamiento con perfiles departamentales, centros de salud, especialidades, tutores, residentes
 3. Creación en el portal de la estructura
3. Documentación a implantar en cada nivel con su acceso y distribución:
 1. Unidad docente selecciona la información a exponer en el portal y crea el libro del residente on line
 2. Tutor accede al contenido de sus residentes
 3. El residente plasma su trabajo en el portal. Gestiona su espacio.
4. Elaboración del perfil del residente: guardias, permisos, horas compensatorias, trabajos de seminarios, libro del residente, trabajo de investigación, otros documentos del portafolio.
5. Formación de los integrantes del portal
 1. Cursillo para tutores MIR y EIR y residentes con cronograma.
 2. Trabajo de campo
6. Implantación:
 1. Diseño de modelo de implantación progresivo hasta que en el 2020 estén incluidos todos los residentes (148).

Cronograma divulgación para tutores nuevos. Inclusión dentro del temario del curso de tutores

5 Conclusiones

La adaptación del portal supone un esfuerzo inicial y un mantenimiento permanente. El residente dispone de su trabajo con acceso del tutor y la unidad docente, facilitándose la supervisión on line.



GESTIÓN



C0079 EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DEL USO DE FUENTES DE INFORMACIÓN A LO LARGO DEL PERIODO DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Alba Lozano Gallego¹, Luis Lozano Mera²¹CS El Alamillo (Sevilla) España²CS Mérida Urbano I Mérida (Badajoz) Spain**1 Justificación**

La autodetección de necesidades formativas y el uso de fuentes de información son claves durante el periodo de residencia y han sido poco estudiadas.

2 Objetivos

Cuantificar las áreas de preguntas y fuentes utilizadas para resolverlas, estimando el impacto del periodo de residencia y unidades docentes.

3 Material y Métodos

Estudio cualitativo mediante formulario online anónimo autoadministrado dirigido a médicos residentes de Medicina Familiar de Andalucía. Variables: año de residencia, Unidad Docente, frecuencia de dudas en diferentes áreas de conocimiento y fuentes de resolución más utilizadas (Likert). Análisis estadístico (SPSS_21 y GraphPad 8): pruebas de comparación (Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis), correlación (Rho de Spearman) y medición del tamaño del efecto (V de Cramer).

4 Resultados

Encuestas evaluadas: 179 (tasa de respuesta: 12,8%) edad media 28,2 años, 72,6% mujeres. Año de residencia: 29,1% R1, 22,3% R2, 30,7% R3 y 17,9% R4.

Proporción de dudas frecuentes/muy frecuentes: hematología 57,0%, infecciosas 50,8%, tratamientos 50,8%, urgencias/emergencias 49,7%, neurología 46,9%, diagnóstico diferencial 45,8%, cardiovascular 45,3%, y en ellas y en el resto de áreas encontramos diferencias estadísticamente significativas durante la residencia, con progresivo descenso (correlación negativa significativa) salvo en actividades preventivas, etiología, ético-legales, ORL y oftalmología.

Fuentes de consulta utilizadas en muchas/muchísimas ocasiones fueron: *tutores* 84,4%, *guías clínicas* 81,6%, *compañeros residentes* 71,5%, *libros* 67,6%, *Google* 63,7%, *Uptodate* 45,3%, *Pubmed/Medline* 27,9%, con una correlación negativa a lo largo de la residencia para tutores y compañeros. Las tres menos utilizadas, *fisterra* 24,6%, *revistas* 19,0% y *tripdatabase* 7,8% presentaron un significativo mayor uso al final de la residencia. Entre unidades docentes sólo encontramos diferencias en dermatología, trauma/reumatología, pruebas complementarias, uso de *Fisterra* y guías.

5 Conclusiones

Durante el periodo de residencia el médico residente percibe una mejoría global continuada en la mayoría de sus conocimientos clínicos. El descenso progresivo del importante soporte inicial proporcionado por tutores y compañeros no es sustituido por un mayor uso de recursos como *Medline* o *Uptodate*, manteniéndose *google* como una constante.



GESTIÓN



C0097 MEJORA EN EL PROGRAMA DE ACOGIDA DE RESIDENTES EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA: UN ESPACIO VIRTUAL INFORMATIVO (EVI) PARA RESIDENTES.

María Elena Esteban Ruiz¹, Jacinto Fernández Pardo¹, Juan Jesús Baño Egea², Lydia Martínez Cortés², Jorge Alejandro Benavides Buleje¹, Juan Francisco Martín Ruiz¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia Murcia (Murcia) España

³Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS) (Murcia) España

1 Justificación

Tras más de 10 años con un esquema similar en el programa de acogida, y ante la baja valoración recibida en la última edición (el 64,70% de los encuestados dio una valoración media de menos de 3 sobre 5), hemos decidido rediseñarlo.

2 Objetivos

Ofrecer un programa de acogida acorde a las necesidades planteadas por los residentes, potenciando el enfoque práctico, al tiempo que ponemos a su disposición en línea los contenidos teóricos e información que los residentes deben conocer.

3 Material y Métodos

En una primera fase hemos diseñado un espacio virtual informativo (EVI) para residentes que incluye gran parte de los contenidos teóricos del programa de acogida.

Para el diseño del EVI hemos contado con la colaboración de los profesionales del Departamento de Formación de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS), encargándose de la gestión técnica y diseño del EVI, de los materiales didácticos y soporte técnico y pedagógico a los usuarios. Se encuentra ubicado en los servidores de la FFIS, en concreto en el Aula Virtual de la FFIS, plataforma de gestión del aprendizaje basada en la aplicación Moodle.

Para comprobar su aceptación se realiza una encuesta entre residentes y tutores.

4 Resultados

Hemos estructurado los contenidos del EVI en los siguientes bloques:

- Organización de la Formación Sanitaria Especializada y su marco general normativo.
- Sistema de evaluación de residentes.
- Relación laboral especial del residente.
- Legislación sanitaria.
- Actividad asistencial.
- Recursos de apoyo a la investigación

En la encuesta realizada un 92,3% de los encuestados se ha mostrado favorable a este nuevo planteamiento.

5 Conclusiones

Con la puesta en marcha de este espacio virtual proporcionamos a los residentes unos contenidos teóricos más completos y accesibles.

Esto nos permitirá rediseñar la estructura y contenidos de las sesiones presenciales del programa de acogida, dándoles un enfoque más práctico y participativo sin tener que aumentar el tiempo del mismo.



GESTIÓN



C0103 DOCENCIA DE RESIDENTE MAYOR A RESIDENTE MENOR EN LA FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA. TODOS GANAN.

Judit Pertíñez Mena, Maribel Fernández San Martín, Sandra Sáez Macías

UDM AFiC Barcelona Ciutat ICS Barcelona (Barcelona) Espanya

1 Justificación

Mediante el aprendizaje entre iguales, residentes mayores que transmiten sus conocimientos y habilidades a residentes menores, puede mejorar la confianza de ambos en la práctica clínica. Se busca obtener un beneficio mutuo: residente docente y residente asistente, y una mayor satisfacción. La experiencia como docente puede aumentar la capacitación del residente en competencias de docencia.

2 Objetivos

Evaluar la satisfacción de la formación teórico-práctica impartida por residentes de MFyC de cuarto año a residentes de primer año.
Explicar la experiencia realizada.

3 Material y Métodos

Durante el 2018 se solicitó a los R4 de la UD de MFyC de los diferentes Centros de Atención Primaria (CAP) (n=50; n CAP=16) que organizaran dos sesiones de formación para los R1, en cada centro. Los temas a tratar fueron: Exploración física y ECG. El material formativo para cada sesión fue diseñado por dos tutores expertos seleccionados por la UD y consta de una parte teórica y otra de resolución de casos prácticos.

En cada sesión se recogieron las firmas de asistentes y se pasó un cuestionario de evaluación de la satisfacción.

4 Resultados

Se han realizado 16 sesiones del taller de exploración física y 9 de ECG, a las que han asistido 80 residentes. El 88% ha valorado la organización del taller y la metodología docente como buena o excelente. Se explicita la satisfacción en cuanto a la elección de temas que pueden generar más dudas, la aplicabilidad práctica de la formación y la disposición al diálogo.

Los coordinadores docentes de los CAP han acogido de forma positiva esta iniciativa y han facilitado la realización de las sesiones.

Se solicita que la formación se realice en el primer trimestre de residencia.

5 Conclusiones

La satisfacción de la formación entre residentes de primer año ha sido elevada.

Esta formación puede promover el compromiso de los centros docentes en la necesidad de estos aprendizajes.



GESTIÓN



C0105 BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DOCENTE BASADO EN COMPETENCIAS EN UN HOSPITAL DE 1000 CAMAS

Gloria Nohales Taurines, Elisabeth Peceño Garcia, Cristina Galindo Gomez, Joan Ramón Masclans Enviz

Hospital Del Mar Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

Vivimos en un mundo en el que los cambios sociológicos y demográficos marcan las nuevas pautas de comportamiento. La docencia debe adaptarse a dichos cambios y el modelo competencial puede ser la herramienta adecuada para conseguirlo.

2 Objetivos

Conocer las barreras que condicionan la implementación de un modelo docente basado en competencias con el objetivo de facilitar su aplicación.

3 Material y Métodos

En junio 2018, en el Campus Hospital del Mar se propone un nuevo proyecto docente basado en competencias. Su implementación se ha dividido en dos fases. Una primera fase en la que se han realizado sesiones informativas para jefes de servicio y tutores sobre el contenido del proyecto además de cursos formativos para tutores por especialistas en competencias. Esta fase está pendiente de completarse con sesiones informativas para los residentes. La segunda fase se llevará a cabo con unidades docentes piloto que han recibido ya la formación específica.

Detallamos cuales son las principales barreras que nos hemos encontrado.

4 Resultados

Las principales barreras para la implementación de un modelo docente competencial son la descapitalización en valores humanos de las instituciones, la resistencia al cambio, la necesidad de invertir tiempo y esfuerzo para adecuar y estructurar los contenidos docentes, así como, aprender a evaluar y a realizar un buen feedback con el residente en formación. Todo ello conlleva necesariamente una importante inversión económica y de recursos humanos. Sin embargo, cuando el docente conoce a fondo el modelo detectamos un llamativo cambio de actitud y motivación.

5 Conclusiones

Los puntos claves para el éxito del nuevo proyecto docente basado en competencias radican en la actitud y el compromiso docente del tutor, del residente y de la institución. Conocer las barreras ante las que nos enfrentaremos facilitará el éxito del proyecto permitiendo una atención a la sociedad adecuada, segura y una formación basada en la excelencia.



GESTIÓN



C0114 SESIONES CLINICAS ONLINE. DIVULGANDO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Julia Alonso Calleja, Raul Piedra Castro, Elena Saez Gil, Beatriz Yuste Martinez, Ana Garcia Garcia, Paula Sanchez-Se-co Toledano

Centro de Salud Azuqueca de Henares (Guadalajara) España

1 Justificación

En un equipo multidisciplinar docente, como es nuestro equipo de atención primaria, son múltiples los conocimientos compartidos en las sesiones clínicas entre los distintos profesionales. Las herramientas web permiten acceder al conocimiento ajeno y compartir el propio con el resto del mundo.

2 Objetivos

Divulgar los contenidos de las sesiones clínicas impartidas en un Centro de Salud urbano.

3 Material y Métodos

Sesiones clínicas alojadas en la web es.slideshare.net/Azusalud Flujo de trabajo: De las sesiones clínicas impartidas dos días por semana se seleccionan las más interesantes, se editan y se suben a la web. Son compartidas de forma libre y gratuita accesible desde cualquier dispositivo con conexión a la web. Libre acceso sin necesidad de registro previo. Ciertos servicios, como la descarga de las presentaciones, sí requiere registro en slideshare. Participantes: Personal sanitario de medicina y enfermería destinado en el centro de salud. Residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

4 Resultados

Inicio en 2011. Compartidas 196 sesiones clínicas. 166 seguidores (web slideshare) Datos últimos 12 meses (septiembre 2018-septiembre 2019): 100.020 visualizaciones en último año. 24 sesiones (12,94%) superan las 1000 vistas en este periodo. 2691 descargas. Fuentes: Google 62,54%; Redes sociales (Facebook y Twitter) 12,30 ; Web Slideshare 11,71%; Otros 13,45%. Localización: Mexico 18,54%; España 12,65%; Colombia 12,28%; Peru 12,06; Argentina 7,40%; Estados Unidos 5,14%; Otros 31,93%.

5 Conclusiones

El uso de las redes y de web para la difusión de contenidos de salud, como es nuestro caso a través de este servicio, es un medio útil, ágil y con gran seguimiento potencial. Compartir conocimientos y experiencias enriquece nuestra experiencia y la de los demás profesionales sanitarios.



GESTIÓN



C0115 EDUCACION PARA LA SALUD EN FORMATO BLOG DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. AZUSALUD

Julia Alonso Calleja, Raul Piedra Castro, Elena Saez Gil, Beatriz Yuste Martinez, Ana Garcia Garcia, Paula Sanchez-Se-co Toledano

Centro de Salud Azuqueca de Henares Azuqueca de Henares (Guadalajara) España

1 Justificación

La educación para la salud sistematizada tiene un potencial de mejoría de nuestra población importante. Los contenidos web dirigidos a pacientes elaborados por profesionales sanitarios no son una norma en nuestro entorno. Elaborar blog desde un centro de salud puede ayudar a mejorar la información de nuestra población.

2 Objetivos

Usar blogging como medio de educación para la salud comunitaria desde un centro de salud urbano. Evaluar el uso y difusión de los contenidos publicados. Desarrollar habilidades de revisión de información biomédica y habilidades de comunicación entre los profesionales sanitarios implicados.

3 Material y Métodos

Blog diseñado e integrado en la plataforma Blogger. Web y dominio propiedad del director del servicio (médico de familia del centro de salud). Dirección web www.azusalud.com Flujo de trabajo: Solicitud de inclusión de contenidos al editor del blog. Recepción del material, revisión y publicación. No existe periodicidad establecida. Se revisan los contenidos para evitar recomendaciones no contrastadas ni basadas en la evidencia así como publicidad dado el carácter libre y gratuito del servicio. Autores: Médicos de familia y personal de Enfermería asignado a un centro de salud urbano. Residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria. Contenidos: Blog de educación para la salud y fomento de hábitos de vida saludable.

4 Resultados

Inicio mayo 2013. 142 entradas publicadas. Datos desde inicio del servicio hasta el 12 de septiembre de 2019. 118.289 visitas. 2103 visitas mensuales medias año 2018. 28 entradas suman más de 500 visitas individualmente. Localización: España 28,89%; Estados Unidos 22,16%; Israel 15,95%; Mexico 7,69%; Francia 3,24%; Colombia 2,98%; Argentina 2,79%; otros 16,30%. Fuentes de tráfico: Navegación web. Navegador. Chrome 49,7%; Firefox 22,9%; Internet Explorer 13,9%, Safari 9%

5 Conclusiones

El uso de herramientas web como el blogging para generar contenidos de salud puede ayudar a acercar recomendaciones e información de interés a la población que atendemos.



GESTIÓN



C0121 MODIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE ELECCIÓN DE TUTORES DE RESIDENTES

Jacobo Cabañas Montero, *Giovani Rojas Martelo, Juan Miranda Cortés*

Hospital universitario Ramón y Cajal Madrid (Madrid) España

1 Justificación

La falta de normativa autonómica en la Comunidad de Madrid sobre el proceso de elección o reacreditación de tutores de residentes ha llevado a que cada centro desarrolle un protocolo propio, con diferencias importantes. Nuestro sistema ha sido criticado por lo que planteamos una revisión del mismo.

2 Objetivos

Nuevo sistema de elección y reacreditación de tutores de residentes

3 Material y Métodos

Revisión normativa.

Desarrollo, votación y puesta en marcha de nuevo sistema

4 Resultados

El RD 183/2008 emplaza a las Comunidades Autónomas a desarrollar normativa propia, y comenta que “a estos efectos, se tendrán en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado.”

Se plantea un sistema de acceso libre (puede postularse cualquier facultativo en activo con al menos 1 año de antigüedad en el centro y tres en la especialidad), al que se solicita un CV y un autobaremo. También se solicita informa al jefe de servicio y una encuesta a los residentes.

La puntuación, que debe alcanzar un mínimo de 6, se reparte:

- 40% encuesta de los residentes
- 30% informe del Jefe de Servicio
- 20% CV haciendo hincapié en aspectos docentes
- 10% Valoración de la Comisión de Docencia

Por el momento se ha aplicado a 10 servicios y 34 candidatos sin haber encontrados problemas y con una mejor percepción de la elección que con el sistema previo.

5 Conclusiones

Este sistema cumple con las exigencias genéricas mencionadas es el RD 183/2008, dando especial importancia a la valoración de los residentes, permitiendo el acceso de cualquier facultativo interesado y disminuyendo las inequidades.



GESTIÓN



C0122 ENCUESTA PARA CONOCER SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TUTORES EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

Jacobo Cabañas Montero, Giovanni Rojas Martelo, Juan Miranda Cortés

Hospital universitario Ramón y Cajal Madrid (Madrid) España

1 Justificación

En la Comunidad de Madrid no hay unanimidad en las necesidades que cada servicio y hospital deben satisfacer para el correcto desempeño de la labor de los tutores de residentes. Conocer la situación actual de los nuestros nos permite obtener área de mejora.

2 Objetivos

Conocer la situación actual de los tutores de residentes del Hospital Universitario Ramón y Cajal

3 Material y Métodos

Encuesta anónima realizada en curso de formación interno de tutores

4 Resultados

De los 97 participantes, 75 eran tutores en activo y 22 de ellos eran tutores recientemente nombrados o pendientes de nombramiento.

El 85,6% no disponen de liberación de tiempo para realizar las tareas de tutoría. El 31,26% realizan siempre y el 46,9% frecuentemente las actividades de tutoría fuera de su horario laboral, el 17,7% ocasionalmente y sólo el 4,1% nunca o casi nunca.

Sólo un 44,7% afirmaban haber recibido formación que le permitiera el desempeño como tutores y sólo un 65.6% conocían las herramientas disponibles en la Intranet.

Un 61.4% considera que recibe adecuado feedback sobre el desempeño de sus residentes en las rotaciones. El 21,1% conoce las evaluaciones al poco de ser emitidas, el 67,6% al realizar el informe anual y el 11,3% en el comité de evaluación.

El 43,7% de los tutores realizan la evaluación anual de forma individual mientras que el 56,3% la realiza en una reunión de consenso con otros tutores o miembros del servicio.

5 Conclusiones

Existe una amplia variabilidad en las respuestas. Implementaremos un curso obligatorio de formación para todos los nuevos tutores, incluyendo las ayudas disponibles en la Intranet, las evaluaciones de las rotaciones y la evaluación anual. La aplicación FORMARES de la Comunidad de Madrid puede convertirse en una gran ayuda en alguna de estas áreas de mejora. Se solicitará a la Dirección la liberación horaria para los tutores.



GESTIÓN



C0124 DESTINO LABORAL DE LOS RESIDENTES DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA UNIDAD DOCENTE SERVEIS DE SALUT INTEGRATS DEL BAIX EMPORDÀ

Maria Jose Sanchez Doblado, Laura Lopez Gomez, Laura Roca Payas, Alicia Comerma Mendez, Irene Sanchez Sanchez, Maricica Filip

ABS Torroella de Montgri Torroella de Montgri (Girona) Espanya

1 Justificación

En 2005 se acreditó la unidad docente (UD) del Servei de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE). En 2007 se incorporaron los primeros residentes de medicina (MIR) y en 2014 los de enfermería (EIR). UD ubicada en ámbito semirural donde es difícil encontrar profesionales para trabajar por la oferta existente en zona urbana. Por este motivo se ofrece continuidad laboral a los residentes después de su formación.

2 Objetivos

Describir las características laborales actuales y sociodemográficas de los residentes formados en la UD SSIBE según categoría profesional.

3 Material y Métodos

Diseño: estudio transversal junio 2011 - junio 2019.

Ámbito: UD SSIBE

Población estudio: MIR y EIR de UD SSIBE

Variables: categoría profesional, sexo, edad de finalización, procedencia del residente, servicio, lugar y tipo de centro del trabajo actual.

Método recogida y registro de datos: base de datos de la UD y contacto telefónico con los residentes o tutores y se registraron en una base de datos en Excel.

Análisis estadístico: descriptiva univariada mediante frecuencias y bivariada mediante p-valor asociado al estadístico exacto Fisher con un nivel de confianza del 95%, utilizando IBM SPSS Statistics v26.

4 Resultados

EIR (8): 87,5% mujeres, 100% finalizan con ≤ 40 años, 77,8% procedentes del resto de España, 25% trabaja en la actualidad en SSIBE, 62,5% trabaja en Atención Primaria (AP), 100% en el sistema público de salud.
MIR (31): 67,7% mujeres, 74,2% finalizan con ≤ 40 años, 45,2% procedentes de fuera de España, 41,9% trabaja en la actualidad en SSIBE, 71% en AP, 93,5% en el sistema público de salud.

5 Conclusiones

Casi la mitad de los MIR formados en nuestra UD se quedan a trabajar en SSIBE a diferencia de las EIR que trabajan en otras Entidades.

Las EIR proceden en su mayoría del resto de España mientras que los MIR proceden de fuera de España.



GESTIÓN



C0132 ANÁLISIS DE ESTANCIAS FORMATIVAS EN CASTILLA Y LEÓN

Luis Fernández Carbajo, LUIS ALBERTO FLORES PÉREZ, Eva Vaquerizo Carpizo, Ana Marta García Martínez, María José Aragón Cabeza, María Nieves González Natal

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación (Valladolid) España

1 Justificación

En Castilla y León se forman graduados y especialistas en Ciencias de la Salud de otros países a través de las estancias formativas desde el año 2008.

2 Objetivos

Analizar las características de las solicitudes de estancias formativas en Castilla y León en el periodo de 2008 a 2018.

3 Material y Métodos

A partir del registro de solicitudes de Estancias formativas de Castilla y León se definen las variables de evolución de las solicitudes para el periodo de estudio, nacionalidad, especialidad de los solicitantes, ámbito, centros, duración de la estancia y proporción de solicitudes favorables.

4 Resultados

Las estancias formativas a lo largo del periodo de estudio sigue una tendencia al aumento, este es mayor a partir de 2015. Las nacionalidades que más acuden son: argentina (38,96%), portuguesa (11,44%), mejicana (8,99%) y peruana (8,17%). El ámbito al que acuden es la Atención Especializada (94,28%). Los centros más solicitados son Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (51,50%) y el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (38,96%). En Salamanca la especialidad más solicita es Hematología (67,72%) y En Valladolid es las especialidades más solicitadas son psicología y psiquiatría (46,81%). La duración media es de 2.89 meses. Se resuelvan favorablemente el 80,38% de las solicitudes.

5 Conclusiones

Las nacionalidades más frecuentes son de habla hispana. Resulta más atractiva la atención especializada. El complejo asistencial de mayor tamaño de nuestra Comunidad es el más visitado. Desde el 18 de junio de 2015 las solicitudes los usuarios se tramitan online. A partir de esta modificación se ha observado un repunte de solicitudes fundamentalmente de psicología y psiquiatría en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.



GESTIÓN



C0133 ENCUESTA DE RESIDENTES, MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE LA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA EN HSJD

Sandra Morán Moya, Carmen Virginia Fernández, Aitor López, Carla Pretel, Gemma Claret, Iolanda Jordán

Hospital Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat (Barcelona) España

1 Justificación

La Residencia de Pediatría es una etapa formativa de 4 años de duración. Actualmente no existe un sistema que evalúe desde el punto de vista del residente la calidad ni las competencias adquiridas de la rotación por los diferentes servicios de forma adecuada.

2 Objetivos

El objetivo fue diseñar una herramienta útil para la evaluación de las diferentes rotaciones de la residencia de Pediatría del Hospital Sant Joan de Déu, que aporte una visión global de todos sus residentes.

3 Material y Métodos

Se diseñó una encuesta on-line, que evaluaba las diferentes especialidades. Se pidió a los residentes que evaluaran del 1 al 5 los siguientes ítems: rotación en general, actividad asistencial, actividad docente, trabajo en equipo y guardias. Además, se solicitó que explicaran los aspectos positivos y aquellos puntos que pudieran mejorar. Posteriormente a la obtención de los resultados, el jefe de residentes obtuvo una hoja en Excel con los resultados medios de cada rotación y resumió las opiniones de los residentes.

4 Resultados

La encuesta fue contestada por 43 de los 45 residentes (95.5%). La nota media de la valoración general fue de 3.47/5. Si miramos por cada apartado a valorar fue de 3.53/5 en actividad asistencial, 3.05/5 en actividad docente, 3.35/5 en trabajo en equipo y 3.21/5 en guardias. Posteriormente a la obtención de los resultados el jefe de residentes se reunió con los responsables de cada unidad para transmitirles los resultados y hacer propuestas de mejora.

5 Conclusiones

La encuesta on-line es una herramienta útil para la evaluación de la residencia, pues aporta una visión global de la opinión de los residentes. Esto permite realizar feedback con los responsables de cada servicio, con el fin de trabajar conjuntamente para mejorar las competencias adquiridas.



GESTIÓN



C0145 UNIDAD DE DOCENCIA MÉDICA: UNA APUESTA DE FUTURO

Hector Alonso Valle, Marisol Holanda Peña, Emilio Rodrigo Calabia, Roberto Ballesterro Diego

Hospital Marques De Valdecilla (Cantabria) España

1 Justificación

La complejidad cada vez mayor del proceso de docencia hace cada vez más difícil la labor en solitario del jefe de estudios con el apoyo únicamente puntual de la comisión de docencia del hospital

2 Objetivos

Esta unidad trabajando conjuntamente con la Jefatura de Estudios y comisión de docencia tiene como objetivo dar soporte a las actividades promovidas por los tutores y diseñar un programa de formación docente para cada tutor, apoyando su desarrollo profesional como educadores, escuchando las iniciativas planteadas y dando contenido a esta nueva apuesta formativa

3 Material y Métodos

Con el apoyo de la dirección médica y a propuesta del jefe de estudios se formó un equipo en junio de 2018 de 3 personas que dieran cobertura a las áreas médica, quirúrgica y de servicios centrales del hospital:

- Marisol Holanda Peña: Especialista en medicina intensiva, se encarga de coordinar las actividades de los tutores de servicios centrales y área pediátrica.
- Roberto Ballesterro Diego: Especialista en urología, se encarga de coordinar las actividades de los tutores de servicios quirúrgicos y obstetricia y ginecología
- Emilio Rodrigo Calabia: Especialista en nefrología, se encarga de coordinar las actividades de los tutores de servicios médicos.

4 Resultados

- Desde su creación la Unida de Docencia ha mantenido reuniones periódicas con la dirección médica para coordinar la oferta docente del hospital
- Se ha Modificado totalmente Web médica de docencia del hospital
- Se ha realizado el plan de Gestión de la Calidad docente
- Se ha implantado con éxito el programa MENTORING para residentes de primer año
- Se han realizado 41 cursos para residentes incrementando de forma significativa la oferta formativa
- Se ha potenciado la acreditación de actividades clínicas de docencia

5 Conclusiones

La creación de la Unidad de Docencia médica ha permitido una mejor y más coordinada actividad docente en el hospital



GESTIÓN



C0167 GESTIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LAS COMISIONES DE DODENCIA Y UNIDADES DE DOCENCIA CON EL SER. DE DOCENCIA Y DESARROLLO PROFESIONAL EN EL PAIS VASCO

Rafa Andres Barruso, Javier Latorre Aguillo

Gobierno Vasco Departamento Salud Vitoria-Gasteiz (Alava) España

1 Justificación

Desde su publicación en el BOPV, el 14 de marzo del 2012, del Decreto 34/ 2012 de ordenación de formación sanitaria especializada en la CAPV han pasado 7 largos años. En los art. 1 y art. 2 del mismo se define el objeto y se establece el órgano competente en materia de formación sanitaria especializada: Departamento de Salud.

2 Objetivos

Dar a conocer el modo de gestionarla coordinación de las Comisiones de Docencia y Unidades de Docencia con el Servicio de Docencia y Desarrollo Profesional de la CAPV.

3 Material y Métodos

Se organizan reuniones al trimestre, a fin de analizar y planificar las acciones que posteriormente se informará al resto de responsables de las Comisiones y Unidades de Docencia, presentándolas para dar su conformidad y posteriormente llevarlas a su implantación en el Sistema Vasco de Salud.

Además de contar con el apoyo tecnológico (Whatsapp / lista de distribución- email) entre las y los Jefes de Estudio y el Servicio de Docencia y Desarrollo Profesional de la CAPV.

Además, en estos momentos, estamos desarrollando una nueva aplicación informática que favorecerá y agilizará aquellos trámites que mejoren el día a día de la gestión

4 Resultados

Hemos detectado una mejora de la comunicación, entre los integrantes de los grupos de trabajo, el intercambio de Buenas prácticas con una implantación cuasi inmediata, la puesta en común de los criterios, y la resolución de conflictos individualizados

5 Conclusiones

Se puede considerar que la implantación de las buenas prácticas y el intercambio de información, de manera inmediata, (apoyándonos en las nuevas tecnologías) y, junto al trabajo constante y diario que realizan los Jefes de Estudios, Responsables de Unidades de Docencia, integrantes de grupos de trabajo y personal administrativo, hacen posible la satisfacción por parte de todos y todas que participan en el proyecto de mejora continua del Sistema Vasco de Salud.



GESTIÓN



C0055 FORMACIÓN DE TUTORES EN CASTILLA Y LEÓN

Sergio Lazo Fernández, Jesús Heredia Aguilar, LUIS ALBERTO FLORES PÉREZ, María Nieves González Natal, Eva Vaquerizo Carpizo, Luis Fernández Carbajo

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación. Valladolid (Valladolid) España

1 Justificación

La Administración favorecerá a los tutores la realización de actividades de formación continuada sobre aspectos docentes.

2 Objetivos

Analizar las actividades formativas orientadas a los tutores durante el periodo 2009 a 2019.

3 Material y Métodos

Del registro de actividades de formación continuada se extraen las actividades dirigidas a tutores. Se analiza su evolución, modalidad, metodología, horas, satisfacción, contenido, porcentaje de superación y ámbito.

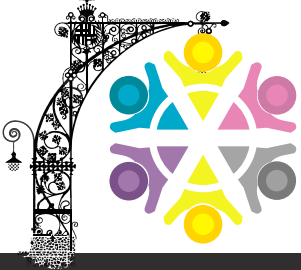
4 Resultados

Desde el 2014 se ha aumentado las actividades dirigidas a tutores. Las modalidades realizadas son curso (40,43%), taller (36,17%) y jornada (18,09%). La metodología es presencial (96,81%). La moda de duración es 4 horas. La satisfacción media de las actividades es de 8,07 sobre 10 y ha ido en aumento durante el periodo de estudio. Para las actividades con contenido online la satisfacción es de 7,00. Los contenidos más frecuentes son: básico (40,54%), métodos docentes (16,22%), calidad (12,61%), herramientas (10,81%) y comunicación (9,01%). El contenido básico ha descendido, mientras que metodología docente y calidad han aumentado. El porcentaje de superación ha ido de 69,60% en 2009 a 90,91% en 2019. Por ámbito, la distribución es: atención primaria (48,94%), atención especializada (44,68%) y servicios centrales (6,38%).

5 Conclusiones

Las actividades para tutores se han incrementado. Se prefiere la metodología presencial a la metodología a distancia. En el momento de la publicación de la normativa que regula la formación sanitaria especializada lo más frecuente es la formación en materias básicas. En la actualidad los contenidos que más se desarrollan son la metodología docente y la calidad. El interés de los asistentes en formarse es mayor a juzgar por el porcentaje de superación. Las gerencias de atención primaria son las más involucradas en desarrollar actividades formativas.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL

SEFSE areda

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

GESTIÓN- SATISFACCIÓN



GESTIÓN-SATISFACCIÓN



C0012 PERCEPCIÓN DE LA TUTORIZACIÓN DE SU FORMACIÓN POR LOS RESIDENTES

Julian Manuel Dominguez Fernandez¹, Ana Blanco Castro¹, Monserrat Hernández Suriñach¹

¹Hospital Universitario Ceuta. Loma Colmenar, S/Nº. Servicio De Medicina Preventiva Y P.r.l. Planta -1. Edif. Hospitalización. Ceuta (Ceuta) España

1 Justificación

La adecuada tutorización, sea por razones formativas o normativas es requisito indispensable para un adecuado desarrollo progresivo del residente.

2 Objetivos

Valorar la percepción de la tutorización de su formación por parte de los residentes.

3 Material y Métodos

Encuesta de tipo transversal con 17 preguntas cerradas y con valoración adicional tipo Likert de 1-5. Una pregunta abierta y 4 de valoración global de la tutorización durante el periodo de residencia. Se remitió a todos los residentes del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta.

4 Resultados

La percepción de estar tutorizado solo es completa en el 52% de los residentes, volcándose en su aprendizaje en el 42%, casi siempre en el 50% de las ocasiones. Se le han recomendado recursos formativos en el 50%, alcanzando desde su punto de vista los conocimientos y competencias necesarias para ejercer con seguridad en el 50%. Siente molesta su presencia en más de la mitad. Durante las guardias se sienten tutorizados un 30% y a veces el 50%. El sentimiento de estar superado en el trabajo es del 80%, no pudiendo resolver sus dudas en un 40%. La revisión de las altas en urgencias es de un 40% siempre y de un 50% no siempre.

5 Conclusiones

Es preocupante alguna de las percepciones de los residentes que parecen derivadas de una falta de implicación por parte de profesionales sanitarios. La tutorización en las guardias debiera ser condición inexcusable junto a la revisión de las altas a los pacientes. La condición de colaborador docente debiera ser adecuadamente valorada.



GESTIÓN-SATISFACCIÓN



C0027 EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA Y SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES CON LAS SESIONES GENERALES ORGANIZADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Eduardo Gonzalez Lozano, Jose María Cabrera Maqueda, Jose Antonio Galian Megias, Carmen Botella Martínez, Elisabeth Monzó Núñez, Jose Domingo Cubillana Herrero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca El Palmar (Murcia) España

1 Justificación

El Servicio de Docencia y Formación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) de Murcia viene organizando sesiones clínicas generales durante más de una década, pero ha sido en los últimos años cuando se han afianzado dentro del organigrama formativo. Son semanales y van dirigidas a todos los trabajadores del centro, incluidos residentes. Para fomentar la calidad de las mismas, en 2018 decidimos acreditar las sesiones y el número de las mismas con temas que fueran de interés docente y asistencial para los residentes.

2 Objetivos

Analizamos los resultados de las encuestas de satisfacción cumplimentadas por los asistentes a las sesiones generales del hospital.

3 Material y Métodos

Se elaboró y distribuyó una encuesta voluntaria y anónima sobre el contenido y aplicabilidad de las sesiones y se analizaron las respuestas completadas por los asistentes.

4 Resultados

Desde el primer semestre de 2018 ha habido una tendencia ligeramente ascendente del número de sesiones generales por semestre (16; 12; 21;). El número medio de asistentes por sesión ha ido en aumento (62; 67; 74,2) aunque el número de residentes se ha mantenido constante (55.6; 45.1; 49.7), con una participación media del 74,7% de los asistentes. Un total de 2.480 residentes han asistido a las sesiones generales desde 2018, lo que refleja el impacto formativo de las mismas. El grado de satisfacción de las sesiones (valorado de 1 a 5) ha sido claramente ascendente (3.98; 4.19; 4.28).

5 Conclusiones

La acreditación y el fomento de la calidad de los temas ha tenido un gran impacto en la satisfacción de las sesiones y un impacto liviano en cuanto a la asistencia a las mismas, por lo que es conveniente seguir impulsando la calidad y los temas de interés para fomentar la asistencia a las mismas.



GESTIÓN-SATISFACCIÓN



C0031 ASPECTOS DOCENTES Y EXTRACURRICULARES Y SU INFLUENCIA EN LA VALORACIÓN DE LAS ROTACIONES NO SISTEMÁTICAS EN LA UNIDAD DOCENTE DE SALUD MENTAL DEL INAD

Purificación Salgado Serrano¹, Eva Luque Asin², M^a Teresa Campillo Sanz³, Silvia Oller Canet², Josep Martí Bonany², Gloria Nohales Taurines²

¹Hospital del Mar, Psiquiatría Barcelona (Barcelona) España

²Hospital del Mar (Barcelona) España

³Centre Emili Mira (Barcelona) España

1 Justificación

Justificación: Durante el último año de formación en psiquiatría, psicología clínica o enfermería de salud mental, los residentes pueden cursar rotaciones específicas en algún área de la especialidad. Últimamente ha crecido el interés de los residentes del INAD en realizar estancias en países extranjeros. El papel que tienen en éstas es muy variable, en ocasiones similar a los residentes de los servicios receptores, solo observadores o desempeñando tareas investigadoras.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer algunos aspectos docentes y extradocentes y relacionarlos con la valoración que los residentes hacen de las rotaciones.

3 Material y Métodos

Estudio transversal mediante encuesta on-line, enviada a los MIR, PIR i EIR (2016-2019). Se recogen datos como países de destino, perfil de la rotación,rol durante la misma, ventajas curriculares obtenidas, métodos de evaluación empleados y otros valores extracurriculares.

4 Resultados

36 residentes respondieron a la encuesta: 27% de las rotaciones fueron en España (un 75 % de EIR rotaron en instituciones españolas frente a 0% de PIR y 18% MIR), 13,6% en Europa, 18% en EEUU, 22,7% en Australia, 18% en America del Sur i 6% en Asia. El 50% de los MIR realizan estancias en investigación, frente a 16% de los PIR y 12% de los EIR. 50% de los MIR publican durante su rotación, frente 33% PIR y 0% EIR. Sólo el 44% fueron evaluados por competencias, observándose diferencia entre los que rotaron por Australia o EEUU respecto a otros destinos. En la valoración que hacen los residentes tienen un importante peso factores no claramente docentes ni asistenciales, si bien se valora altamente el haber conseguido alguna publicación.

5 Conclusiones

El grado de satisfacción alcanzado se relaciona con haber conseguido mejora curricular pero también con otros aspectos vivenciales no docentes (culturales, ocio etc) más que con el rol desempeñado o nivel de conocimientos-recursos en salud mental en el lugar de destino.



GESTIÓN-SATISFACCIÓN



C0044 ANÁLISIS DE LA ASISTENCIA DE LOS RESIDENTES A LOS CURSOS DE FORMACIÓN ORGANIZADOS EN 2018 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Eduardo Gonzalez Lozano, José María Cabrera Maqueda, Jose Antonio Galián Megias, Carmen Botella Martínez, Elisabeth Monzó Núñez, José Domingo Cubillana Herrero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca El Palmar (MURCIA) España

1 Justificación

Ante la necesidad cada vez mayor de completar los conocimientos y habilidades que componen el programa de formación de especialidad estandarizado, el Servicio de Docencia y Formación organiza todos los años una serie de cursos tanto obligatorios como optativos para los residentes. Los cursos obligatorios forman parte del Plan Transversal y Complementario del Residente (PTCR) en la Región de Murcia y los cursos optativos van dirigidos preferentemente a facultativos y enfermería aunque están abiertos al resto de trabajadores.

2 Objetivos

Analizar descriptivamente la asistencia de los residentes a los cursos de formación, así como la duración, satisfacción y superación de los mismos para establecer acciones de mejora.

3 Material y Métodos

Mediante los registros de acreditación se recogió la asistencia de los residentes a los cursos, la duración, grado de satisfacción y porcentaje de superación de los mismos.

4 Resultados

En el año 2018 se realizaron 193 cursos para facultativos, 84 para enfermería, y 8 para residentes (PTCR). La asistencia media de residentes por tipo de curso fue: 29.1 residentes por curso PTCR (100% de residentes), 18.2 residentes en cursos para facultativos (63.2%) y 1.2 residentes en cursos para enfermería (5.8%). La duración media de los cursos fue de 8.5, 7.56 y 6.01 horas (PTCR, facultativos y enfermería) y el grado de satisfacción (de 1 a 5) 3.9, 4.4 y 4.5 respectivamente. El porcentaje de alumnos que superaron los cursos fue del 68.8%, 66.9% y 78.9% respectivamente.

5 Conclusiones

En los cursos para facultativos los residentes llegaron a suponer el 63% de los asistentes, con una media de 18 M.I.R por curso. Sin embargo, estos cursos tienen un menor grado de superación debido posiblemente a su elevada duración y a que los alumnos no puedan compatibilizar la presencia en el mismo con la actividad asistencial.



GESTIÓN-SATISFACCIÓN



C0049 ROTACIONES EN SERVICIOS EXTERNOS EL LABORATORIO. VALORACIÓN DE LOS RESIDENTES

Ana Sáez Fernández, Concepción Donlo Gil, **Maria Ascension Zabalegui Goicoechea**, Beatriz Zabalza Olló, Isabel Otamendi Goicoechea, M^a Pilar Zugarramurdi Solans

¹Complejo Hospitalario de Navarra (Navarra) España

1 Justificación

La utilización de encuestas estandarizadas con los residentes ayuda a identificar áreas de mejora en su formación. Los resultados obtenidos son una herramienta fundamental para corregir las deficiencias observadas.

2 Objetivos

Valorar la adecuación del tiempo y formación recibida en las rotaciones obligatorias de nuestros residentes en otros Servicios del Complejo Hospitalario.

3 Material y Métodos

El modelo de encuesta fue validado por un grupo de trabajo en el que participaron facultativos y residentes. Durante 5 años al finalizar la rotación se entregaba una encuesta al residente en la que se le preguntaba sobre la duración del tiempo de rotación y la percepción del cumplimiento de los objetivos. Las respuestas incluyen 5 opciones desde muy inadecuado, inadecuados, adecuados, bastante adecuados y muy adecuados. Los Servicios y tiempos valorados en meses fueron: para R1 Hematología (3) y Hemoterapia (1), para R3 Microbiología (6) y para R4 Genética (6)

4 Resultados

Se recogieron 25 encuestas:

Hematología 8: tiempo suficiente, autoaprendizaje, elevada carga de trabajo, poca docencia.

Hemoterapia 5: tiempo insuficiente, se adquieren conocimientos básicos, en 3 de ellas recomiendan cambio de rotación de R1 a R4.

Microbiología 7: tiempo insuficiente, conocimientos útiles con poca responsabilidad.

Genética 5: tiempo insuficiente, se alcanzan los conocimientos básicos, falta relacionar Laboratorio y Clínica.

5 Conclusiones

Las medidas aplicables a los resultados obtenidos son:

- 1.- Respecto al tiempo, valorar la ampliación en Hemoterapia, Microbiología y Genética.
- 2.- En cuanto a la percepción de la formación recibida, comunicar a los tutores de los servicios respectivos los resultados obtenidos para consensuar la oportunidad de mejora.
- 3.- Proponer cambio del momento de la rotación de Hemoterapia a R4 y ampliación con estancia en Banco de Sangre para completar los conocimientos.

La realización de encuestas nos ha permitido detectar algunas deficiencias en la formación e iniciar acciones de mejora.



GESTIÓN-SATISFACCIÓN



C0053 LA OPINIÓN DEL RESIDENTE: EL VALOR AÑADIDO

Paloma Burgos Díez, LUIS ALBERTO FLORES PÉREZ, Sergio Lazo Fernández, Ana Marta García Martínez, María Nieves González Natal, Pilar Martín Pérez

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación (Valladolid) España

1 Justificación

La encuesta de Opinión del Residente es una herramienta fundamental que repercute en la calidad de la formación sanitaria especializada. Se realiza en Castilla y León con carácter anual desde el año 2011. El porcentaje de participación ha disminuido progresivamente.

2 Objetivos

Analizar los motivos de la baja participación, adoptar medidas de mejora y comprobar su eficacia.

3 Material y Métodos

Se crea un grupo de trabajo con la participación de profesionales directamente relacionados con la formación sanitaria especializada, así como expertos en tratamiento de datos que se realiza en dos etapas

- La primera consistió en analizar la encuesta buscando posibles carencias o debilidades, estudiando el número de ítems, la claridad de las preguntas, la objetividad de estas, su difusión y las sugerencias recibidas de parte de los propios residentes
- La segunda, partiendo de los resultados obtenidos en la fase anterior, se elabora una nueva encuesta con los acuerdos adoptados.

4 Resultados

Se detectan 5 debilidades: elevado número de ítems, existencia de contenidos repetidos, falta de claridad, falta de difusión de los resultados, falta subjetiva de anonimato.

En las nuevas encuestas se realizan las modificaciones: reducción del número de preguntas (61 a 27), 2 variables de clasificación (*Gerencia de referencia* y *Especialidad de formación*), 24 variables de escala numérica y variable abierta (observaciones). Se evitan preguntas de carácter personal (*rango de edad*, *año de residencia* y *género*). La escala de valor sobre 10 (antes de 0 a 5).

En febrero de 2019 se pasa la nueva encuesta con una participación del 48%.

5 Conclusiones

La baja participación y la tendencia descendente ha podido estar motivada por los elementos detectados por el grupo trabajo. El porcentaje de participación con la nueva encuesta ha mejorado. Esperamos seguir incrementando este porcentaje cuando se implemente la difusión de los resultados.



GESTIÓN-SATISFACCIÓN



C0054 SATISFACCION DEL RESIDENTE COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD

Eva Vaquerizo Carpizo, **Paloma Burgos Díez**, Sergio Lazo Fernández, Jesús Heredia Aguilar, Juan Carlos Espinosa Gutiérrez, María José Aragón Cabeza

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación (Valladolid) España

1 Justificación

La encuesta de satisfacción de los residentes es una herramienta fundamental para conocer la opinión de los futuros profesionales en relación con su formación. En Castilla y León se realiza anualmente desde el año 2010.

2 Objetivos

Conocer puntos fuertes y debilidades del proceso de formación sanitaria especializada en nuestra Comunidad desde el punto de vista de los residentes a través de una encuesta de satisfacción.

3 Material y Métodos

El periodo de realización de la encuesta es de enero a febrero 2019

La encuesta actual es de 27 ítems: 2 variables de clasificación (Gerencia de referencia y Especialidad de formación), 24 variables de escala numérica (0-10) y variable abierta (observaciones). Se hace análisis descriptivo de los datos.

4 Resultados

Participación en la encuesta del año 2019 es 48%.

La participación ha sido superior en atención primaria (siendo Segovia (87%), Zamora (82%) y Salamanca (72%) las que mayor porcentaje de participación representan) que en hospitalaria (Segovia 67%, Zamora 64%, y Ávila 56% como destacadas).

Las preguntas con mejores resultados globales han sido:

- Mi tutor es accesible (8.74)
- Me sentí bien acogido al inicio de la residencia (8.07)
- Mi tutor se implica en mi proceso formativo (7.71)
- Tengo facilidad para realizar actividades formativas complementarias (7.36)

Entre las preguntas peor valoradas

- Existe buena coordinación entre la Unidad Docente y los servicios donde se realizan rotaciones (5.44)
- Existe una correcta distribución de la actividad de PTC (plan transversal común) (5.25)

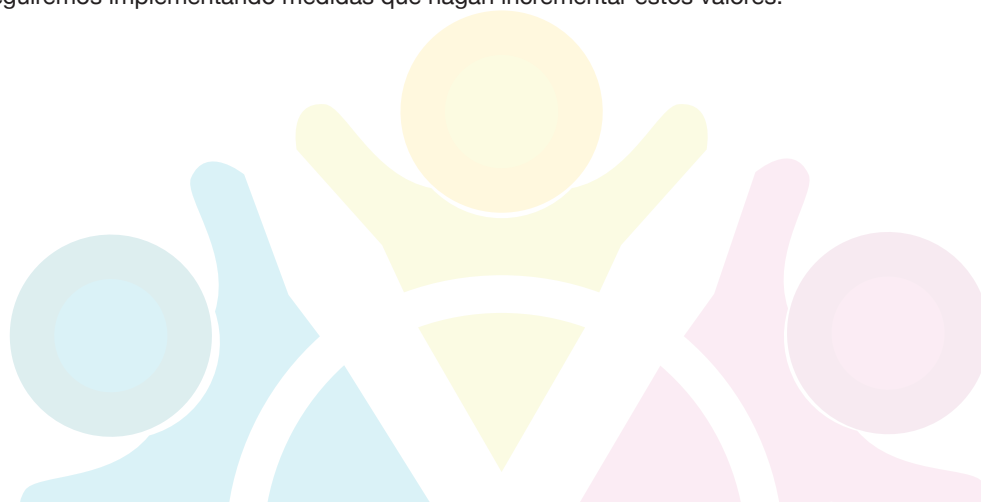
La satisfacción global es 6.97 (Atención primaria 6.8 y en hospitalaria 7.1)

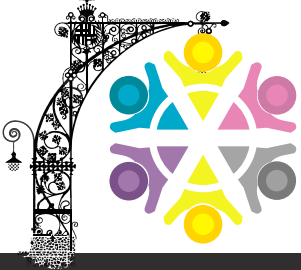
5 Conclusiones

Los resultados obtenidos nos dan una visión global sobre los puntos fuertes y debilidades del proceso formativo en nuestra comunidad.

La puntuación global de la satisfacción es de notable.

Seguiremos implementando medidas que hagan incrementar estos valores.





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORI AXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

INVESTIGACIÓN



INVESTIGACIÓN



C0008 CICLO DE DEMING: GENERANDO VALOR EN LAS COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN

Javier Calatrava Sánchez, Silvia Pulido Fernández, Esther Frías Díaz

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Norte de Madrid Madrid (Madrid) España

1 Justificación

La complejidad del proceso formativo en las competencias relacionadas con investigación en el Programa de la Especialidad de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria puede provocar que no se desarrollen según lo previsto y se generen problemas, a veces, difíciles de detectar.

2 Objetivos

Aumentar la satisfacción del residente y el grado consecución de los objetivos en las competencias relacionadas con la investigación. Dar fluidez y continuidad a los contenidos impartidos en los cursos del Plan de Formación Común Transversal.

3 Material y Métodos

Hemos desarrollado un proyecto basado en el ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act). Partiendo del diagrama de flujo de valor inicial dibujado en base a la metodología docente impartida en la unidad, así como el momento de la residencia en que tiene lugar, se ha propuesto un nuevo mapa de flujo modificando los momentos del cronograma formativo en el que se imparte este contenido.

4 Resultados

El diagrama de flujo resultante recoge los cambios en el cronograma de estas actividades. La propuesta de modificación afecta a los siguientes cursos del Plan de Formación Común Transversal: Búsqueda Bibliográfica-Medicina basada en la evidencia, Lectura crítica y Aprendizaje de elaboración de un proyecto de investigación. En el nuevo mapa de valor propuesto se ha modificado además el seguimiento de tutorización del proyecto de investigación de los residentes.

5 Conclusiones

Estimamos su implantación progresiva a lo largo del presente curso con el objetivo de que su desarrollo sea completo en el curso 2022/2023. La implantación del proyecto no solo mejorará la adquisición de conocimientos y competencias en investigación, al distribirse de una forma más homogénea a lo largo de los 2 o 4 años de residencia, sino que además generará un entorno más positivo que favorezca el interés del residente en la Investigación en Atención Primaria.



INVESTIGACIÓN



C0015 FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA E INVESTIGACIÓN

Cristina Estrada Díaz¹, Conxi Caro Benito², David Pedrazas Lopez³, Alberto Galdamez Rayo³, Roser Font Canals¹, Nuria Gimenez Gómez²

¹Hospital Universitario Mutua Terrassa Terrassa (Barcelona) España

²Fundació per la Docència i Recerca Mútua Terrassa (Barcelona) España

³Atención Primaria. Hospital Universitario Mutua Terrassa (Barcelona) España

1 Justificación

2 Objetivos

Analizar la productividad científica de una institución sanitaria y la contribución a la misma de las diversas categorías profesionales de formación sanitaria especializada (FSE).

3 Material y Métodos

El estudio se ha realizado en MútuaTerrassa, entidad centenaria que gestiona recursos como un hospital universitario de la Universidad de Barcelona, 10 centros de atención primaria y 20 centros sociosanitarios y residenciales. Se realizó un análisis bibliométrico de la producción científica y se clasificó la FSE en 4 categorías: residentes, tutores, profesores universitarios y colaboradores docentes.

4 Resultados

Se seleccionaron 602 artículos científicos correspondientes a la producción científica de 5 años: 59 artículos (Factor de impacto (FI)=93,3) en 2001, 72 artículos (FI=261,503) en 2010, 89 artículos (FI=301,676) en 2011, 175 artículos en 2015 (FI=702,654) y 205 artículos en 2018 (FI=1181,227). En global, participaron como autores en el 100% de los artículos algún colaborador docente de la institución, en el 35% profesores universitarios, en el 26% tutores y en el 7% residentes. El 79% de los artículos se publicaron en inglés y el 21% en español. El FI, fue de 4 de media global y de 6,5 en 2018 ($p=0,030$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el FI según categorías de FSE.

5 Conclusiones

La producción científica de la institución se incrementó en el tiempo. Los profesores universitarios fueron el colectivo que más contribuyó a la producción científica seguido por los tutores. La implicación de tutores y residentes en investigación es considerable, y se aplican estrategias para potenciar su participación.



INVESTIGACIÓN



C0035 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MENTORÍA PARA RESIDENTES DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Sonia Servitja Tormo¹, Marta Guix Arnau¹, Gloria Nohales Taurines², Joan Ramon Masclans Enviz², Joan Albanell Mestres²

¹Hospital del Mar (Servicio de oncología médica) (Barcelona) España

²Hospital del Mar (Barcelona) España

1 Justificación

En 2013 entró en vigor el actual programa oficial de la especialidad (POE) de oncología médica que alargó el periodo de formación a 5 años y actualizó sus contenidos. Uno de los aspectos que potencia el POE es la investigación traslacional y la introducción a la investigación básica incorporando una rotación por un laboratorio.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es describir el trabajo realizado en el servicio de oncología médica del Hospital del Mar (Barcelona) para implementar el programa de mentoría para los residentes de oncología.

3 Material y Métodos

A partir del año 2014 definimos la figura del mentor con la finalidad de acompañar y orientar al residente, durante sus 3 últimos años de residencia, para promocionar la investigación clínica y traslacional. Empezamos a implantar el programa de mentoría en mayo 2014.

4 Resultados

Se designó un adjunto de staff con actividad investigadora a cada uno de los residentes, de R3 a R5. Cada uno de los investigadores presentó los proyectos de investigación que tenía en marcha y los residentes pudieron seleccionar los proyectos que se adecuaban más a sus inquietudes de investigación. Durante el programa de mentoría se promueve que el residente se involucre en el proyecto, desde creación de base de datos, recogidas de muestras, redacción de abstracts, preparación de pósters y comunicaciones orales, y escritura de manuscritos para publicaciones.

5 Conclusiones

La implementación de un programa de mentoría permite que todos los residentes tengan la oportunidad de implicarse en proyectos de investigación y fomenta el aprendizaje de las estrategias necesarias para llevarlos a cabo. Desde la implementación de este programa la presencia de abstracts en congresos presentados por residentes ha aumentado.



INVESTIGACIÓN



C0059 FORMACION EN INVESTIGACIÓN EN CASTILLA Y LEON

Eva Vaquerizo Carpizo, María José Aragón Cabeza, Luis Fernandez Carbajo, Paloma Burgos Díez, Sergio Lazo Fernández, Jesús Heredia Aguilar

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Formación (Valladolid) España

1 Justificación

Todos los centros sanitarios están a disposición de ser utilizados para la investigación. Por lo que entre las competencias de los profesionales está la investigación.

2 Objetivos

Analizar las actividades formativas relativas a la investigación durante el periodo de 2009 a 2019.

3 Material y Métodos

A partir del registro de actividades de formación continuada se extraen las actividades en materia de investigación. Se analizan la evolución, modalidad, metodología, destinatarios, satisfacción, porcentaje de superación y ámbito.

4 Resultados

La evolución es en aumento continuo a partir de 2013. En atención especializada el aumento es desde 2013 y mantenido. En atención primaria el aumento es a partir de 2016 y ascendente. Las modalidades realizadas fueron curso (72,34%), taller (13,83%) y jornada (5,74%). Las metodologías son presenciales (78,09%), distancia (15,53%) y mixta (6,38%). Los destinatarios son profesionales (73,40%) y residentes (26,60%). La satisfacción de los profesionales sobre 10 fueron es de 7,51 y la de los residentes es de 7,79 con tendencia ascendente. El porcentaje de superación es de 79,11% en profesionales y 80,45% en residentes. Los ámbitos de desarrollo son atención especializada (65,19%), atención primaria (28,90%) y servicios centrales (5,91%).

5 Conclusiones

Las actividades de investigación del plan transversal común desarrollada a partir 2013 explican parte del aumento. La formación en investigación ha aumentado antes en atención especializada y se ha mantenido a lo largo del periodo de estudio. En atención primaria el aumento ha sido más tardío, pero tiene una tendencia ascendente. La modalidad distancia es la más utilizada para la formación de los residentes. El grado de satisfacción de los residentes es superior al de los profesionales. Los residentes son usuarios de las nuevas tecnologías de modo natural. El porcentaje de superación en los residentes debería ser mayor al tratarse de una actividad obligatoria.



INVESTIGACIÓN



C0064 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DOCENTE DE FAMILIA

Antonio Lorenzo Piqueres¹, Carmen Anarte Ruiz², Angel Masoliver Fores², Clotilde Peña Santolaria², Adela Renau Pavia³

¹Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar Y Comunitaria Castellón. H.general Castellón Benicassim (Castellon) España

²Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Castellon (Castellón) España

³Centro de Salud De Pintor Sorolla (Castellón) España

1 Justificación

La investigación tiene el potencial de la aplicabilidad e implica excelencia.

2 Objetivos

Revisar la producción en investigación generada por los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria.

3 Material y Métodos

Revisar los trabajos de investigación finales de residentes EIR desde su incorporación a la Unidad Docente hasta la actualidad en estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Revisión de variables como tipo de estudio, temática, ámbito, metodología, publicación, aspectos éticos y cronogramas. Creamos una base de datos EXCEL con los resultados y los tratamos con programa estadístico Epidat y Gstat. Valores cualitativos y cuantitativos de las diferentes variables sin intervalo de confianza por considerar la muestra exhaustiva con análisis univariante y bivariante con Ji cuadrado en las variables cualitativas.

4 Resultados

Suceden seis promociones EIR con un total de 36 residentes que presentan 28 trabajos de investigación con ámbito en la Atención Primaria (100%). Sólo uno queda como proyecto. Los equipos de trabajo y seguimiento están normalizados.

Predominan los estudios cuantitativos con diseños observacionales, de tipo descriptivo (92,86%) frente a los estudios analíticos (7,14%).

Se aporta cronograma, valoración previa de la Comisión de Investigación Clínica, consentimiento informado, declaración de conflicto de intereses con incremento global en los cuatro últimos años tras cambios en los protocolos de evaluación de los trabajos.

No consta modelo de financiación. Un 25% de los trabajos realizados han sido publicados en revistas incluidas en Citación Cuiden.

5 Conclusiones

Nuestros EIR finalizan su residencia con un trabajo de investigación, normalmente de tipo observacional del ámbito de la atención primaria y de carácter clínico, con una estructura básica adecuada, y mejorados tras cambios de los protocolos. Desde el 2017 hay un aumento de publicaciones de los trabajos de investigación en revistas debido al apoyo de la UD.



INVESTIGACIÓN



C0066 ¿QUÉ INVESTIGAN NUESTROS RESIDENTES?

Raquel Muñoz Arenas¹, Manuel Sarmiento Cruz¹, Jerònia Miralles Xamena¹, María Albaladejo Blanco¹, M^a Clara Vidal Thomàs², Joana Ripoll Amengual²

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Mallorca (Balears) España

²Gabinete técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (Balears) España

1 Justificación

En los programas formativos de las especialidades de familiar y comunitaria se hace referencia a la importancia de la formación en investigación. Nuestra Unidad Docente forma a 27 MIR y 4 EIR por promoción que tienen que realizar un proyecto de investigación que se evalúa. Reciben un curso de metodología (120 horas) y deben llevar a cabo el proyecto en todo su desarrollo (diseño hasta la difusión). Los proyectos son tutorizados y aprobados por Comisión de Investigación y/o Comité de Ética.

2 Objetivos

Describir los tipos de estudios y las diferentes temáticas de los proyectos de investigación realizados por los residentes de nuestra Unidad Docente en los últimos 6 años. Conocer su grado de difusión.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo. Se incluyen los estudios realizados por las promociones de 2013-2019. Variables: elaborados por MIR, EIR o conjuntos; tipo de estudio; temática; presentación en congresos; publicación.

4 Resultados

Se han realizado 62 proyectos. El 80,65% de MIR, el 4,84% EIR y el 14,52% conjuntos. La temática ha estado relacionada con: prescripción/adherencia terapéutica (30,65%), prevención de enfermedades/promoción/educación para la salud (27,42%), diagnóstico (14,52%), cronicidad (11,29%), gestión (8,06%), adicciones (6,45%) y género (1,61%). La metodología ha sido: cuantitativos (87,1% observacionales, 9,68% experimentales) y un 3,23% cualitativos. Se han presentado en congresos 77,42%. Publicados un 6,45% y 16,13% están en proceso. El 11,29% han sido premiados y el 11,29% han sido becados.

5 Conclusiones

La temática más frecuente es la relacionada con la prescripción/adherencia terapéutica y con la prevención/promoción/educación para la salud. La mayoría de estudios están realizados con metodología cuantitativa. La mayor parte de los trabajos son presentados en congresos y pocos consiguen publicarse en revistas científicas.

La publicación es una asignatura pendiente en la atención primaria y quizá habría que insistir y crear más hábito y dar mayores facilidades a los residentes para ello. Igualmente con los estudios cualitativos y experimentales.



INVESTIGACIÓN



C0138 LA INVESTIGACIÓN DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. 2011-2018

Encarnació Tor Figueras¹, Albert Guerrero Palmero¹, Izarbe Molina Domec², Jose Manuel Sanchez Vicente², Monica Brió Verges³, Amparo Montoro Colom³

¹CAP Terrassa Nord (Barcelona) España

²CAP Sant Llàtzer (Barcelona) España

³CAP Antón de Borja (Barcelona) España

1 Justificación

En la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, se aprobó publicar el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: competencias y actividades mínimas, y todas las rotaciones individualizadas contempladas en los planes de estudio de las Unidades Docentes.

En la competencia de investigación, está el hacer una práctica clínica basada en la mejor evidencia posible, generar conocimiento científico y difundir el conocimiento científico.

2 Objetivos

Ver cuantos trabajos de final de residencia periodo 2011-2018

Conocer las temáticas de investigación que más han interesado a los residentes

Saber los tipos de estudio presentados

Revisar si han tenido algun premio

3 Material y Métodos

Revisar la memoria de todos los trabajos de investigación

Variables a estudio: temática, tipos de estudio, nombre de residentes, premios.

4 Resultados

Total de residentes formados 31

Se han realizado 25 trabajos y el 100% fueron aprobados por el CEIC. Del total de los trabajos presentados 5 los hicieron entre dos residentes.

La mayoría de los trabajos era en relación a la etapa adulta y ancianos

| | | | |
|------------------------|---|--|---|
| PATOLOGIAS | | MISCELÁNEA | |
| Dolor heridas | 1 | Profesionales sanitarios: Gripe; burnout; osteoporosis; voluntades anticipadas | 4 |
| Incontinencia urinaria | 1 | Prescripción Enfermera | 1 |
| Fibromialgia | 1 | APP en diabéticos | 2 |
| Osteoporosis | 1 | RCP adolescentes | 1 |
| Diabetes Mellitus | 4 | Adherencia terapéutica | 1 |
| Ansiedad | 1 | Higiene del sueño | 1 |
| Caídas y fragilidad | 3 | | |
| MPOC | 1 | | |
| Climaterio | 1 | | |
| Deterioro cognitivo | 1 | | |

Tipos de estudio:

68 % van ser descriptivos, 32% cuasi experimentales de un solo grupo o de varios grupos

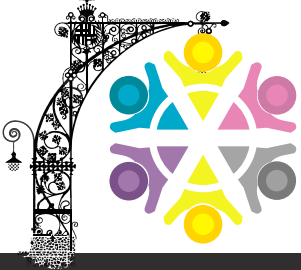
4 trabajos han recibido premio mejor comunicación, y uno premio al mejor póster.

5 Conclusiones

No se han realizado estudios de la etapa infantil y pocos en relación a los adolescentes.

Hay una falta de trabajos publicados durante la residencia debido a que es una formación de 2 años. No tenemos datos si posteriormente han sido publicados

Es importante seguir potenciando la investigación en enfermería



APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

MISCELÁNEA



MISCELÁNEA



C0007 40 ANIVERSARIO DE LA UNIDAD DOCENTE

Manuel Sarmiento Cruz¹, Jerònia Miralles Xamena¹, Raquel Muñoz Arenas¹, Isabel Torrens Darder², Maria Fuster Hernández³, Magdalena Esteva Cantó¹

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Mallorca, (Balears) España

²CS Sta Ponça (GAP-Mallorca) (Balears) España

³CS Can Pastilla (GAP-Mallorca) (Balears) España

1 Justificación

En 1979 entraron los primeros residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC) en Baleares. Durante ese periodo se han formado 535 MIR y 17 EIR. Todo gracias al trabajo de los 11 jefes de estudios, 7 técnicos de salud y 166 tutores. En 2019 se cumplen 40 años de ese inicio.

2 Objetivos

- Realizar un punto de (re)encuentro para residentes y tutores en un ambiente lúdico.
- Reconocer el trabajo y la labor de tutores, técnicos, administrativas y jefes de estudios.
- Conocer la historia de la UD.

3 Material y Métodos

Se lanzó una convocatoria a todo el personal actual de atención primaria de Mallorca y a exresidentes y extutores para formar parte del comité organizador. Se constituyó el comité y se fueron realizando diversas reuniones. La Gerencia aprobó el presupuesto del acto. Se cerró el programa y se buscó una presentadora y se repartieron tareas: conferenciante, obsequios, sala, catering, video fotos, video historia, tarta, invitaciones y logo.

4 Resultados

Se hizo una gala del 40 aniversario de la UD el 14/06/2019 en la que primero hubo una presentación por parte de las instituciones, después dio una conferencia Amando Martín Zurro titulada: "Apuntes sobre 40 años de formación en MFyC". Posteriormente se proyectó el video de la historia de la UD y se obsequió a todos los Jefes de Estudios, administrativas y técnicos y se sacó una tarta y todos juntos soplaron las velas. Después se proyectó otro video con fotos de residentes y tutores. Finalmente se clausuró la gala y se hizo un refrigerio en el jardín al lado del salón de actos.

Hubo 105 asistentes, de ellos 4 de la primera promoción de residentes.

5 Conclusiones

Se realizó el acto con residentes y tutores de diferentes promociones. Se realizó un reconocimiento a los implicados en la formación de residentes y un repaso de la historia de la UD.



MISCELÁNEA



C0013 RESIDENTES COMO DOCENTES: IMPLEMENTACIÓN DE UN CURSO FORMATIVO PARA PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR DE FARMACIA

David Conde Estévez, Elena González Colominas, Albert Montero, Santiago Grau Cerrato, Olivia Ferrández Quirante

Hospital del Mar Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

Son funciones del Tutor de Residentes procurar que existan en el Servicio todos los medios y estímulos necesarios para que la formación del especialista sea correcta en los apartados de asistencia, investigación, docencia, y organización. Es fundamental que el residente no tenga deficiencias en ninguno de estos ámbitos. Desde hace cinco años, hemos realizado la docencia del “Curso de Actualización de Auxiliares y Técnicos en Farmacia” contando con los residentes.

2 Objetivos

Describir la implementación del “Curso de Actualización de Auxiliares y Técnicos en Farmacia” por parte de los residentes de farmacia hospitalaria como ponentes.

3 Material y Métodos

Mediante la colaboración de formación continuada de nuestro centro, el jefe de servicio y tutores, se ha ido planificando un “Curso de Actualización de Auxiliares y Técnicos en Farmacia” para todo el ámbito sanitario del Parc de Salut Mar desde 2014 hasta la actualidad. Los residentes fueron preparando las diferentes sesiones sobre temas de farmacología bajo la supervisión de los tutores. Al finalizar cada curso se pasó un cuestionario de satisfacción a todos los asistentes.

4 Resultados

Se han realizado un total de 10 cursos (dos turnos por año) con un total de 136 horas lectivas (media de 11,3 horas por curso/turno). La media de asistentes en el turno de mañana fue de 16,8 y el turno de tarde 23,0 (media de 40 asistentes por año). La valoración de la organización alcanzó una media de 3,73 y el grado de satisfacción general fue del 3,66 (nota máxima 4).

5 Conclusiones

Consideramos que la realización de este curso por residentes como ponentes ha sido satisfactoria. Por un lado, el personal técnico de farmacia ha recibido horas de formación acreditada. Por otro lado, los residentes además de aprender a hacer docencia, obtienen una acreditación curricular de las horas lectivas como ponente.



MISCELÁNEA

C0017 MANEJO DEL RESIDENTE CON PROBLEMAS DE SALUD LIMITANTES:
EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Jose María Ramada Rodilla, **Rocio Villar Vinuesa**, Gloria Nohales Taurines, Ana Beltran Fonollosa, Pilar Díaz Perez, Consol Serra Pujadas

Hospital Del Mar (Barcelona) España

1 Justificación

Las relaciones entre el trabajo y la salud se encuentran ampliamente descritas en la literatura. Es importante protocolizar las actuaciones ante problemas de salud del residente asociados a una reducción de la capacidad para trabajar/formarse.

2 Objetivos

Conseguir que el residente pueda seguir realizando su actividad de forma segura para él/ella mismo/a y para los pacientes.

3 Material y Métodos

El Servicio de Salud Laboral (SSL) del Hospital del Mar elaboró en 2011 un protocolo de actuación que fue debatido y aprobado en el Comité de Seguridad y Salud, con representación paritaria de la Dirección y los Agentes Sociales. Se denominó "Programa de Gestión de Profesionales con Problemas de Salud" (GP3s), y se adaptó a las especificidades de los residentes en coordinación con la Comisión de Docencia.

4 Resultados

El protocolo se inicia mediante una comunicación al SSL por el propio residente, o cualquier otro agente involucrado en el proceso formativo. Se pone en marcha una evaluación de riesgos y una visita con el médico del trabajo del SSL. Durante la visita se decide con el residente la activación del protocolo. Los casos se estudian en sesión clínica del SSL para acordar colegiadamente su abordaje y decidir aquellos casos que se presentan en el denominado Comité GP3s. En éste Comité participan los médicos del trabajo y los responsables implicados en la implementación de medidas (tutores, jefe servicio, jefe estudios, RRHH, etc.). Se contemplan recursos preventivos, asistenciales y de gestión de la discapacidad (internos y externos) individualizados. Son elementos clave del programa: enfoque basado en el modelo biopsicosocial de la salud, identificación precoz, fácil acceso, confianza, respeto, confidencialidad, consentimiento informado, compromiso, inter- y multidisciplinariedad con implicación de los mandos y de la Dirección.

5 Conclusiones

La protocolización de las actuaciones es un elemento fundamental para el éxito en la gestión de problemas de salud que pueden limitar la actividad durante la residencia.



MISCELÁNEA



C0028 CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS PARA RESIDENTES Y PUBLICACIÓN EN LIBRO: EXPERIENCIA DE 4 EDICIONES

Jose María Cabrera Maqueda, Eduardo Gonzalez Lozano, Jose Antonio Galian Megias, Elisabeth Monzó Núñez, Carmen Botella Martínez, Jose Domingo Cubillana Herrero

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca El Palmar (Murcia) España

1 Justificación

La investigación y la comunicación de eventos clínicos de interés son competencias esenciales del periodo de formación especializada, a veces relegadas a un segundo plano por la presión asistencial. El Servicio de Docencia y Formación (SDF), fundamentalmente a través de los Jefes de Residentes, organiza desde hace 4 años un concurso anual de casos clínicos para residentes. El Comité Evaluador selecciona los casos de mayor interés para su presentación en sesión general del hospital y, entre ellos, se decide el ganador, que recibe un premio simbólico. Todos los trabajos son publicados como capítulo en un libro de edición anual.

2 Objetivos

Analizamos la evolución de la participación en el concurso a fin de observar la integración del mismo en el año formativo del residente.

3 Material y Métodos

Análisis descriptivo de la distribución de los casos publicados según su agrupación en servicios médicos (SM: anestesia, digestivo, cardiología, hematología, rehabilitación, intensivos, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, oncología), quirúrgicos (SQ: urología, oftalmología, neurocirugía, obstetricia y ginecología, oftalmología, neurocirugía, traumatología, maxilofacial) o centrales (SC: análisis clínicos, anatomía patológica, farmacia hospitalaria, inmunología, neurofisiología clínica, oncología radioterápica, radiodiagnóstico).

4 Resultados

Desde la primera edición en 2016, se ha producido un incremento gradual del número total de casos. Por ediciones y según SM, SQ, SC: Primera (2016) 47, 22, 20; Segunda (2017) 54, 21, 17; Tercera (2018) 45, 18, 30; Cuarta (2019) 86, 37, 37. La media de casos presentados de especialidades médicas, quirúrgicas y de servicios centrales ha sido 58, 24,5 y 26, respectivamente. La colaboración más destacada es en el grupo médico, donde se ha incrementado un 104,76% (42 vs 86). En la última edición se ha conseguido el récord de publicación por grupos y global.

5 Conclusiones

El SDF actúa como plataforma para fomentar la publicación entre los residentes, que demuestran una actitud participativa ante oportunidades como este concurso.



MISCELÁNEA



C0060 ROL DE LAS TUTORAS EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LA UNIDAD DOCENTE DE VALL D'HEBRON DE BARCELONA

Rosa García Berman, Raquel Guerra Navas, Saida Ridao Manonellas, Cristina Sunyer Bernaus, María Angeles Aceituno Lopez, Montserrat Martínez Muñoz

Hospital Infantil Vall d'Hebron (Barcelona) España

1 Justificación

A finales del 2011 se acredita a la Unidad Docente Multiprofesional (UDM) del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) para la formación de la Enfermera Interna Residente en Pediatría (EIRP).

2 Objetivos

Mostrar el rol de las tutoras durante la formación del EIRP.

3 Material y Métodos

La UDM está acreditada para la formación de 15 EIRP por año, pero actualmente se ofertan 6 plazas. La Subcomisión de Docencia de enfermería es el órgano encargado de coordinar la formación especializada y velar por el desarrollo del itinerario formativo.

La metodología docente se lleva a cabo con un tutor/a referente durante los 2 años y un enfermero/a referente en cada Servicio/Unidad por la que el residente rota.

Las principales funciones de la tutora son:

- Planificar y coordinar la acogida al nuevo residente, la formación de inmersión, y el itinerario formativo.
- Acompañar y realizar un seguimiento continuado durante las rotaciones.
- Planificar las sesiones mensuales.
- Fomentar la participación en congresos y jornadas.
- Facilitar la realización del proyecto de investigación.

La evaluación final incluye la calificación de: rotaciones, progreso competencial y otras actividades complementarias.

4 Resultados

Desde el 2012 se han formado 35 EIRP con alto grado de excelencia profesional en el cuidado del paciente pediátrico.

De estos un 71,4% venían de otras CCAA. El 100% han superado el programa formativo con éxito y se les ha ofrecido contrato laboral en nuestro centro, pero actualmente siguen trabajando en nuestro hospital el 77,1%. El 97,1% trabajan en unidades pediátricas y de estos el 70,5% trabajan en unidades de cuidados intensivos pediátricos o neonatales.

5 Conclusiones

A lo largo de los años, se ha ido mejorando el programa formativo EIRP y modelo organizativo de las tutoras. La tutorización personalizada y continuada es necesaria para que el EIRP adquiera las competencias profesionales necesarias durante los 2 años de formación especializada.



MISCELÁNEA



C0062 PERFIL DEL RESIDENTE DE ENFERMERÍA INCORPORADO A UNA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE FAMILIA

Antonio Lorenzo Piqueres, Carmen Anarte Ruiz, Ángel Masoliver Forés, Clotilde Peña Santolaria, Silvia Vals Sorribes

Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar Y Comunitaria Castellón. H.general Castellón Benicassim (Castellon) España

1 Justificación

En la Unidad Docente Multiprofesional (UDM) llevamos formadas seis promociones de enfermería.

2 Objetivos

Describir las características relevantes de las residentes de enfermería de nuestra UDM.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal retrospectivo y exhaustivo con variables cuantitativas y cualitativas: edad, sexo, comunidad de nacimiento, nacionalidad, número de orden de examen EIR, renunciadas, bajas laborales y presentación de trabajo de investigación. Aplicamos los programas Gstat y Epidat para su descripción mediante proporciones, medidas de tendencia central y dispersión sin intervalos de confianza por ser muestra exhaustiva en análisis univariante, utilizando pruebas como ji cuadrado, t de Student y correlación, para análisis bivariantes. La significación es a partir de un alfa de 0,5.

4 Resultados

En nuestra UDM se han formado 48 EIR, en un departamento de salud. Se trata mayoritariamente de mujeres (87,5%), y edad media 26,04 años, rango entre 21 y 37 años, al iniciar la formación. Son españolas procedentes de la Comunidad Valenciana, Andalucía y otras con diferencias significativas.

La mediana del orden de selección de plaza es 724 siendo la mejor un 21 y la más elevada 2579 (minusvalía). No hay significación estadística entre el orden de selección y la edad, el sexo o la procedencia, así como tampoco por sexo en la selección del centro de salud docente. Las promociones que seleccionaron con mejores números fueron las de 2016 y 2015.

En cuatro ocasiones se han cogido bajas laborales siendo el embarazo la principal causa. No se han presentado renunciadas. Todas han presentado su trabajo de investigación sobre atención primaria.

5 Conclusiones

Nuestras EIR son, básicamente, mujeres jóvenes de nuestra comunidad autónoma con números de selección de plaza interesantes, con escasas bajas por enfermedad y con intención de acabar la especialidad, incluyendo el trabajo de investigación personal.



MISCELÁNEA



C0075 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE RESIDENTES DE LA UNIDAD DOCENTE DE CIUDAD REAL

Pilar Lopez Juarez, María Antonia Moreno Gaspar, Gema Verdugo Moreno, Francisco Javier Gómez Romero, Rubén José Bernal Celestino, Francisco Javier Redondo Calvo

Hospital General Universitario de Ciudad Real Ciudad Real (Ciudad Real) España

1 Justificación

Castilla La Mancha (CLM) es la Comunidad Autónoma que más ha crecido en la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE). Este incremento también se ha visto reflejado en la Unidad Docente de Ciudad Real, que engloba al Hospital General Universitario de Ciudad Real y a la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.

2 Objetivos

Cuantificar la evolución del número de especialistas sanitarios formados en la Unidad Docente de Ciudad Real desde el año 2008 a la actualidad.

3 Material y Métodos

Análisis descriptivo retrospectivo de los datos obtenidos del Ministerio de Salud, Ciencia y Bienestar Social (MSCBS) sobre FSE y del análisis del sistema de la Unidad Docente de Ciudad Real entre los años 2008 y 2019.

4 Resultados

El número de residentes de Especialidades Hospitalarias (EH) ha pasado de 87 residentes en el año 2008 a 149 residentes en el año 2019.

El número de residentes de la especialidad Atención Familiar y Comunitaria (AFYC) casi se ha duplicado en estos últimos 10 años, pasando de 34 residentes en el año 2008 a 71 residentes en el año 2019.

En total, el número de residentes de FSE de la UD de Ciudad Real ha pasado de 121 residentes en el año 2008 a 221 en el año 2019.

5 Conclusiones

El crecimiento del número de residentes de FSE de la UD de Ciudad Real ha ido en concordancia con el aumento de residentes de FSE en CLM, hasta prácticamente duplicarse entre los años 2008 y 2019.

| | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 | 2012-2013 | 2013-2014 | 2014-2015 | 2015-2016 | 2016-2017 | 2017-2018 | 2018-2019 | 2019-2020 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| HOSPITALARIAS | 87 | 89 | 104 | 122 | 140 | 127 | 109 | 110 | 116 | 118 | 132 | 149 |
| AFYC* | 34 | 40 | 32 | 40 | 46 | 46 | 39 | 59 | 58 | 64 | 72 | 72 |
| TOTAL | 121 | 129 | 136 | 162 | 186 | 173 | 148 | 169 | 174 | 182 | 196 | 221 |
| *Incluye MIR AFYC Zona Alcazar de San Juan | | | | | | | | | | | | |



MISCELÁNEA



C0080 RASGOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: IDENTIFICANDO PATRONES EN LOS PERSONAJES DE “LA CHICA DEL TREN”.

Joan Deniel Rosanas¹, Mireia Hernández Ribera², Montserrat Ciurana Tebé², Laia Pont Serra²

¹UDMd'AFiC Catalunya Central (ICS). CAP Manlleu. Manlleu (Barcelona) Spain

²UDMd'AFiC Catalunya Central (ICS). CAP Manresa-2 (Barcelona) Spain

1 Justificación

Aprender a identificar trastornos de la personalidad mediante la lectura del libro “La chica del tren” de la autora Paula Hawkins o la visualización de la película homónima.

2 Objetivos

Aprender a identificar trastornos de la personalidad.
Mejorar habilidades comunicativas y trabajo en equipo.

3 Material y Métodos

Sesión en la que participan los profesionales sanitarios del centro (enfermería, medicina y residentes de ambas) y una residente de psiquiatría del hospital de referencia. La condición para participar es haber leído previamente el libro “La chica del tren” o haber visualizado la película. Primera parte de la sesión: la residente de psiquiatría realiza una pequeña revisión de los trastornos de la personalidad (según DSM-5). A continuación se reparten los participantes en 4 grupos asignándose un personaje de dicha novela a cada grupo al que tendrá que relacionar con un trastorno de personalidad justificando el diagnóstico. Posteriormente se hace una puesta en común de los diagnósticos y su justificación. El debate es moderado por la residente de psiquiatría quien al final de la sesión da su opinión profesional. Esta actividad revisa los trastornos de personalidad, mejora las habilidades comunicativas y cohesionan el equipo del centro.

4 Resultados

Los miembros de los 4 equipos han diagnosticado su personaje y lo han justificado adecuadamente delante del resto coincidiendo con los diagnósticos hechos por la residente de psiquiatría previamente.

5 Conclusiones

La sesión fue bien recibida por los participantes para revisar patología psiquiátrica de un modo dinámico y divertido, trabajando al mismo tiempo habilidades comunicativas y sociales (cohesión). Haber coincidido en los diagnósticos es indicativo del buen funcionamiento del equipo conllevando una satisfacción personal y un sentimiento de grupo que se traduce en motivación para realizar actividades similares en un futuro. Las sesiones en este formato permiten la revisión de temas de una forma sencilla y al alcance de los equipos de atención primaria.



MISCELÁNEA

C0084 LA COMISIÓN DE DOCENCIA ANTE UNA CRISIS DE RESIDENTES.
EXPERIENCIAS ANTE UNA HUELGA DE RESIDENTES EN URGENCIAS

Agustín Blanco Echevarría, Mikel Mancheño Losa, Cristina Cases Pérez

Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid (Madrid) España

1 Justificación

La actuación de la Comisión de Docencia y de la Jefatura de Estudios es crucial ante una huelga de residentes.

2 Objetivos

1. Explicar las actuaciones y el papel mediador ejercido por la Comisión de Docencia en una huelga de residentes.
2. Antecedentes *personales y familiares* que motivaron la convocatoria de huelga.
3. Analizar las debilidades y fortalezas de la Comisión de Docencia en una huelga de residentes.

3 Material y Métodos

Análisis DAFO de la gestión de una crisis laboral-docente en el ámbito de la formación sanitaria especializada vivida en un hospital de 3º nivel.

4 Resultados

El margen de maniobra de la Comisión de Docencia en un conflicto laboral-docente es limitado. El soslayo en el abordaje de problemas docentes/laborales de años de evolución por parte de la Comisión de Docencia puede desembocar en una huelga de residentes. La firmeza de la Comisión de Docencia en la defensa del cumplimiento de la normativa puede convertirse en la base de la solución del conflicto.

5 Conclusiones

Es imprescindible reforzar el papel de las Comisiones de Docencia y de la Jefatura de Estudios en los órganos directivos de los hospitales.

El conocimiento de la normativa y el cumplimiento misma es el mínimo estándar sobre el que debe pivotar la formación del residente.

Los servicios de urgencias tiene un alto impacto en la formación de los residentes y presentan unas características propias que pueden generar conflictos y estrés en su actividad asistencial.



MISCELÁNEA



C0088 SESIONES DE RESIDENTES EN UNA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

Yolanda Martínez Ortega, Evaristo Nieto Rodríguez, Marta Puig Sanz, Gemma Torras Fàbregas, Àurea Autet Puig, Ramon Santistevé Prat

Fundació Althaia (CESAM) Manresa (Barcelona) España

1 Justificación

En el ámbito de la Salud Mental resulta imprescindible el trabajo interdisciplinar centrado en el paciente. Las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental permiten compartir recursos personales y materiales comunes pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes o de investigación, pero además ofrecen una posibilidad de gran valor para favorecer el trabajo en equipo desde el principio de la Formación Sanitaria Especializada.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo consiste en revisar el impacto de la incorporación de sesiones de residentes en el programa formativo de las distintas especialidades de Formación Sanitaria Especializada de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Fundación Althaia.

3 Material y Métodos

Revisamos retrospectivamente la programación de sesiones conjuntas de residentes, realizadas con una frecuencia mensual y en las que participan residentes de las especialidades de psiquiatría, de psicología clínica y de enfermería en salud mental, así como los tutores respectivos.

4 Resultados

Iniciamos el proyecto en el año 2017, con dos sesiones de residentes como prueba piloto. En 2018 se realizaron sesiones bimensuales, y en 2019 se han programado mensualmente. Hasta el momento, se han llevado a cabo un total de 14 sesiones, 8 presentadas por residentes de psiquiatría, 4 por residentes de psicología clínica y 2 por residentes de enfermería, de acuerdo al número total de profesionales en formación. Tanto tutores como residentes valoran dichas sesiones como útiles y enriquecedoras.

5 Conclusiones

Desde su inicio hace tres años, las sesiones de residentes se han consolidado progresivamente como una parte importante de la Formación Sanitaria Especializada en nuestra Unidad Docente, permitiendo el intercambio, el debate y el enriquecimiento formativo de todos los profesionales. Consideramos necesario mantenerlas, así como desarrollar nuevas estrategias para potenciar el trabajo en equipo de los profesionales en formación, con el objetivo de proporcionar una formación de excelencia.



MISCELÁNEA



C0090 FORMACIÓN EN PSICOTERAPIAS GRUPALES MEDIANTE PRÁCTICA DELIBERADA: LA ATENCIÓN CONTINUADA EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD

Laura Moreno Campos¹, Lluna López Medina¹, Monica Huarte Golebiowska¹, Adriana Goñi Sarries²

¹Programa de Terapia Grupal, Servicio Navarro de Salud pamplona (Navarra) España

²Servicio Navarro de Salud (Navarra) España

1 Justificación

La Comisión Nacional de Especialidad de Psicología Clínica (orden SAS 1620/2009) incrementa de 3 a 4 años el programa formativo e incluye la Atención Continuada (AC) en la formación del Psicólogo Interno Residente (PIR). En 2011 la Comisión Docente de Salud Mental de Navarra decide poner en marcha psicoterapias grupales como parte de la AC.

2 Objetivos

Valorar los beneficios de la práctica deliberada en el desarrollo de habilidades terapéuticas.

3 Material y Métodos

Se aplican protocolos clínicos basados en la evidencia mediante práctica deliberada. Las terapias grupales son dirigidas por dos residentes, supervisados por un Psicólogo Clínico adjunto, y otros dos residentes como observadores desde una sala de espejo unidireccional. Cada sesión grupal (90') va precedida de una puesta en común de objetivos y técnicas a abordar en esa sesión y de una actualización del estado clínico de los participantes a través de la revisión de la Historia Clínica Informatizada (HCI). Al finalizar, se registran en HCI lo más relevante de la sesión y se realiza feedback del manejo de los residentes por parte del adjunto y observadores. Tratamientos aplicados: Prevención de recaídas para dependencia de alcohol, Psicoeducación a padres de niños con alteraciones de conducta, Psicoterapia cognitivo-conductual para fibromialgia, Protocolo Transdiagnóstico de Barlow, Psicoterapia del trastorno depresivo recurrente, Programa STEPPS, PsycAP.

4 Resultados

Los protocolos clínicos, en contexto grupal, mediante práctica deliberada que facilite un feedback continuo de su actuación, permite mejorar el rendimiento de los residentes en habilidades de desempeño (alianza terapéutica, adaptación a los participantes), realizar una conceptualización individualizada, manejar las interacciones grupales y adquirir cualidades interpersonales facilitadoras (empatía, calidez).

5 Conclusiones

Es importante la formación del PIR no sólo en la aplicación de tratamientos basados en la evidencia, sino también en un buen aprendizaje de habilidades terapéuticas y relacionales que mejoren sus resultados. La práctica deliberada puede resultar un método prometedor para desarrollar dichas habilidades.



MISCELÁNEA



C0111 PRACTICANDO LA REFLEXIÓN BIOÉTICA

Eva Peguero Rodríguez, **Ana Rascón García**, Júlia Barberà Viala, Alicia Escribano Lázaro, Andrés González Fernández, Rocío Martínez Sierra

CAP El Castell (Barcelona) España

1 Justificación

Para enseñar desde la consulta, el tutor ha de transmitir al residente conocimientos, habilidades y actitudes. Una de las raíces de nuestra especialidad es la actitud, basada en las capacidades profesionales y los valores éticos del médico. Creemos que integrar la reflexión bioética y la comunicación al acto clínico mejoran la calidad, la seguridad y la satisfacción. El mejor momento de integrar de manera consciente los tres factores pasándolos por el tamiz de los valores para los médicos en formación es durante la residencia. Sabemos que la mejor manera de aprender “hábitos de decisión” es el modelaje.

2 Objetivos

Los residentes de medicina de familia de nuestra Unidad Docente reciben 66 horas de talleres de habilidades de comunicación y entrevista clínica durante su residencia. Además, los de nuestro equipo practican las habilidades comunicacionales mediante sesiones de análisis de videgrabaciones reales mediante el método PBI (Problem Based Interviewing) mensuales. Esta actividad tiene gran éxito y gracias a ellas los residentes comparten, reflexionan conjuntamente y mejoran sus habilidades de comunicación. Orgullosos de esta actividad decidimos invitar a los tutores.

3 Material y Métodos

El método de análisis que proponemos es el de la *deliberación*. El objetivo de la deliberación es la toma de decisiones prudentes o razonables. Cada 2 meses se realizará una sesión de una hora llamada “Deliberando la comunicación y la profesión” a la que serán invitados los miembros del equipo y especialmente a los tutores. Contamos con nuestro equipo con una experta en comunicación y entrevista clínica y una experta en bioética que conducirán las sesiones.

4 Resultados

Nuestro equipo seguirá avanzando en la deliberación moral conjunta, la madurez de la reflexión y el “ethos” del equipo.

5 Conclusiones

Nuestra propuesta es integrar la ética y la comunicación en sesiones con los tutores donde se reflexionen desde la perspectiva ética los valores que subyacen a las propuestas comunicacionales.



MISCELÁNEA



C0120 RESIDENTES EN EL MES DE LA SALUD

Manuel Sarmiento Cruz¹, Juan Ortega Pérez², Raquel Muñoz Arenas¹, María Albaladejo Blanco¹, Apolonia Cifre Socías³, José Ignacio Ramírez Manent⁴

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Mallorca. Palma de Mallorca (Balears) España

²Hospital Universitario Son Espases (Balears) España

³CS Can Pastilla (GAP-Mallorca) (Balears) España

⁴CS Sta Ponça (GAP-Mallorca) (Balears) España

1 Justificación

Los residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria hacen formación mayormente teórica durante su formación. Existen actividades comunitarias en las que los residentes no se suelen implicar, muchas veces por su desconocimiento.

2 Objetivos

- Acercar al residente a la comunidad.
- Poner en práctica aspectos teóricos aprendidos por el residente en su formación sobre atención comunitaria.
- Aprender a dar sesiones a personal no sanitario.

3 Material y Métodos

Desde el año 2011 se viene realizando una actividad comunitaria denominada "El Mes de la Salud", en la que una asociación de vecinos de un barrio urbano, decide una serie de temas y/o actividades (orientado) de su interés en el campo de la salud, y se organizan y se desarrollan posteriormente durante un mes. En ese sentido, se les envía un email a todos los residentes de nuestra unidad docente de atención familiar y comunitaria, con el ofrecimiento si quieren dar alguna sesión. Si participan, se les tutoriza, tanto en la elaboración de la presentación como presencialmente cuando la presentan en la asociación de vecinos.

4 Resultados

En las 9 ediciones que ha habido, se han realizado 40 actividades sobre salud, en 14 de las cuales ha habido participación de 16 residentes. 5 residentes han repetido en varias ediciones e incluso 2 de ellos después de terminar la residencia. En todas las sesiones ha habido un tutor y/o el jefe de estudios quienes han tutorizado previamente la presentación y ayudado al desarrollo de la sesión, así como, la realización de un feedback posterior a la presentación. En los que han repetido se observó una mejora en la presentación y en la adaptabilidad a la audiencia.

5 Conclusiones

Los residentes han podido desarrollar algunos aspectos teóricos sobre atención comunitaria acercándose a la comunidad. Han aprendido a dar sesiones a personal no sanitario y a manejar una sesión con población general.



MISCELÁNEA

C0147 LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA:
DE LOS ORÍGENES A LA ACTUALIDAD

Jon Iñaki Etxeandia-Pradera¹, Daniel Martínez-Urbe², Eduardo Jesús Aguilar García-Iturrospe¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia Valencia (Valencia) España

²CSMA Horta (Barcelona) España

1 Justificación

La historia general de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes han sido ya documentadas en un artículo de referencia. Sin embargo, en el caso concreto de la formación en la especialidad de Psiquiatría su desarrollo histórico no ha recibido este mismo tratamiento.

2 Objetivos

Reconstruir el desarrollo histórico de la formación de los especialistas en Psiquiatría en España y sus claves docentes, desde sus inicios hasta la actualidad.

3 Material y Métodos

Se realiza una revisión narrativa de la literatura disponible, recogiendo fuentes bibliográficas de distintos ámbitos (psiquiatría, educación médica, etc.) y formatos (artículos, libros, documentos internos, diarios oficiales, comunicaciones, etc.).

4 Resultados

La enseñanza de la psiquiatría en España se inició en el siglo XIX, con pioneros como el catalán Giné i Partagàs. Tras un tiempo en forma de seminarios o clases dentro de la titulación universitaria en medicina, su posición en los estudios de pregrado se vio consolidada con la creación de las primeras cátedras de psiquiatría a mediados del siglo XX.

Posteriormente se produjo el desarrollo de la formación de posgrado para la obtención del reconocimiento como especialista en psiquiatría, inicialmente a través de escuelas ligadas a las universidades. Las décadas de 1960 y 1970 supusieron una transformación, con el inicio y extensión del sistema de especialización mediante residencia en los centros asistenciales españoles (germen del actual MIR), proceso en el que los psiquiatras tuvieron una participación destacada.

Con el sistema MIR ya consolidado (programa, unidades docentes, comisión nacional, etc.), la psiquiatría española afronta hoy nuevos retos: creación de la especialidad infanto-juvenil, adaptación a una formación basada en competencias, etc.

5 Conclusiones

El estado actual de la formación en psiquiatría en España es fruto de un complejo desarrollo histórico cuyas fuentes se encuentran dispersas, siendo conveniente que se desarrollara un artículo que sintetizara sus principales hitos y agrupara la bibliografía de referencia.



MISCELÁNEA



C0156 LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA: RESUMEN DE LA MESA DE DEBATE REALIZADA DURANTE EL XXII CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, 2019

Daniel Martínez Uribe¹, Jon Iñaki Etxeandia Pradera², Julio Bobes García³, Jesús Morán Barrios⁴, Pilar Ruiz de Gauna Bahillo⁵, Margarita Saenz Herrero⁵

¹Asociación Salud Mental Horta Guinardo Barcelona (Barcelona) España

²Hospital Clínico Universitario de Valencia (Valencia) España

³Hospital Universitario Central de Asturias (Asturias) España

⁴Hospital Universitario Cruces (Vizcaya) España

⁵Universidad del País Vasco (Vizcaya) España

1 Justificación

La educación de los psiquiatras a través de la Formación Sanitaria Especializada es un aspecto fundamental tanto para la sociedad como para la especialidad. Con el objetivo de lograr los mayores estándares de calidad en este proceso deberán emplearse programas basados en la mejor evidencia disponible en el ámbito de la Educación Médica.

2 Objetivos

1. Discutir entre diferentes expertos de la Psiquiatría Nacional y de la Educación Médica la situación actual de la formación del Residente de Psiquiatría y los posibles cambios a futuro.
2. Generar un debate respecto a la experiencia, extensión y aplicabilidad de la Formación Basada en Competencias (FBC) en la residencia de Psiquiatría en España.
3. Reflexionar respecto a la necesidad y oportunidades de investigación en educación de la Psiquiatría en nuestro país.

3 Material y Métodos

Se realiza una Mesa de Debate en el Congreso Nacional de Psiquiatría donde expertos en educación médica y psiquiatras implicados en la formación de residentes debaten la situación actual de la formación de los residentes de psiquiatría. Se discuten experiencias previas en la aplicación de un modelo basado en competencias (Hospital de Cruces) y se debate la necesidad de realizar investigación contextualizada a nuestro país.

4 Resultados

Se explicitan los beneficios que plantea la FBC en el desarrollo de los psiquiatras españoles, se describen las dificultades y oportunidades de este tipo de formación y se debate el cómo podría extenderse este paradigma a las diferentes unidades docentes en España. Se abordan las oportunidades que brinda la psiquiatría académica española para generar investigación respecto a la FSE en Psiquiatría.

5 Conclusiones

La formación del psiquiatra en España debe basarse en la mejor evidencia disponible en psiquiatría como en educación médica. Por este motivo las sociedades académicas de ambas ramas deben trabajar y aunar esfuerzos para hacer de los residentes de psiquiatría profesionales aptos para abordar los retos que plantea nuestra sociedad actual.



MISCELÁNEA



C0162 NUESTRA EXPERIENCIA DOCENTE TUTORES-RESIDENTES DE CASTILLA-LA MANCHA: "JICOTE": JORNADAS INTERACTIVAS CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Juan Oscar Romanillos Arroyo

Hospital Universitario de Guadalajara (Servicio Traumatología) Guadalajara (Guadalajara) España

1 Justificación

El objetivo de la formación sanitaria especializada (FSE) es desarrollar las múltiples competencias profesionales de la especialidad. Sin embargo, el formato clásico de jornadas formativas se basa en un modelo teórico pasivo.

2 Objetivos

Diseñar unas jornadas interactivas anuales para los residentes de traumatología (JICOTE) en CastillaLaMancha (CLM) que facilitaran su participación activa en la FSE.

3 Material y Métodos

Auspiciados por la sociedad COT de CLM, en 2010 los tutores planteamos este proyecto para complementar la formación de cada centro, con la siguiente metodología:

- jornadas (1-2 días) centradas en un tema.
- los residentes son protagonistas activos, supervisados por sus tutores.
- ponencias por residentes mayores.
- un caso clínico abierto precede cada ponencia y tras una breve discusión, es resuelto.
- asistentes divididos en grupos pequeños (similar nivel formación / diferentes hospitales origen) para enriquecer y favorecer la discusión, estimulada y moderada por un tutor.
- seminarios de interés relevante (planificación quirúrgica, investigación...) dirigidos por expertos.
- talleres quirúrgicos, según tema central.
- estimular el intercambio de experiencias docentes y profesionales entre los residentes y tutores en momentos de distensión, incluidos en el programa.
- organización anual y rotatoria por hospitales.

4 Resultados

Desde 2011 hemos realizado 7 jornadas JICOTE. Participaron entre 25-50 asistentes. El formato varió según el tema, diseño y recursos elegidos por los organizadores, lo que aportó distinción y enriquecimiento. Se comprobó la satisfacción de los participantes: tutores (docencia), residentes mayores (ponentes) y jóvenes (aprendizaje activo).

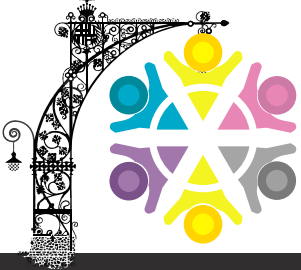
La valoración fue mayor cuando se siguió la metodología propuesta.

5 Conclusiones

Creemos que este original tipo de jornadas de formación interactivas aportan más valor docente que los modelos clásicos:

- generan mayor satisfacción entre cada uno de los asistentes.
- permiten la educación en múltiples competencias profesionales.
- generan motivación y posibilitan nuevos proyectos colaborativos docentes, investigadores y asistenciales.
- Se debe cuidar mucho la organización.





APRENDERÁS
SEGURO



sefse
A Re D A
Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

BARCELONA
AUDITORIAXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL

SEFSE areda

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

SEGURIDAD



SEGURIDAD



C0033 EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA DEL PARC DE SALUT MAR EN DOS SERVICIOS DIFERENCIADOS DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Purificación Salgado Serrano¹, Azuzena Justicia Díaz², Francina Fonseca Casals², Pilar Alvarez Lopez², Silvia Oller Canet², Gloria Nohales Taurines²

¹Hospital del Mar, Psiquiatria Barcelona (Barcelona) España

²Hospital del Mar (Barcelona) España

1 Justificación

La seguridad del paciente debe formar parte de la cultura de las organizaciones sanitarias: aporta calidad y responde al compromiso ético de ofrecer a los pacientes lo más adecuado y con menor riesgo. Esto debería reflejarse en los programas de todas las especialidades. Los residentes de psiquiatría del INAD realizan guardias de urgencias psiquiátricas en el hospital del Mar (Hospital propio) y mediante un acuerdo de colaboración exclusivo para guardias, en el Hospital Germans Trias i Pujol, que no dispone de unidad docente propia ni residentes de psiquiatría propios.

2 Objetivos

El objetivo es estudiar la percepción de los residentes de Psiquiatría en ambos dispositivos de atención de urgencias psiquiátricas y analizar posibles diferencias.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal utilizando la versión en español del "Hospital Survey on patient Safety", cuestionario autoadministrado que proporciona información sobre la percepción relativa a distintas dimensiones de la cultura de seguridad. 22 residentes de psiquiatría han completado el mismo cuestionario en dos ocasiones referidas a los dos servicios de Urgencias distinto También se recogen datos en relación al año de residencia.

4 Resultados

Con una tasa de respuesta del 88% se analizan las dimensiones de seguridad mejor o peor valoradas por los residentes y las potenciales diferencias entre ambos dispositivos.

5 Conclusiones

Se recogen doiferencias ent el clima laboral en ambos dispositivos . Constatación de necesidades formativas para los MIR en relación a la calidad y seguridad



SEGURIDAD

C0052 LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES:
MODELO DE PROTOCOLO

César Carrillo García¹, Ana Teresa Pérez Varona², Francisco Molina Durán², María de las Mercedes Alarcón Blanco²

¹Unidad de Desarrollo Profesional. Servicio Murciano de Salud Murcia (Murcia) España

²Unidad de Desarrollo Profesional. Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud (Murcia) España

1 Justificación

El protocolo de supervisión del residente (PSR) permite definir, por año de residencia, la supervisión en las principales actuaciones durante su periodo formativo, lo que implica la asunción progresiva de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo del especialista. La variabilidad en la duración y las características específicas de los Programas Oficiales (POEs) de las especialidades multiprofesionales (aprendizaje por áreas profesionales, itinerarios optativos, programas teóricos muy potentes, áreas críticas de urgencias relevantes, etc.) determina una singularidad y dificultad adicional en la elaboración de los protocolos.

2 Objetivos

Elaborar un modelo del PSR adaptable para las unidades docentes multiprofesionales (UDDMM).

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo cualitativo con participación de las unidades docente multiprofesionales de la Región de Murcia (jefaturas de estudio, tutores, técnicos y coordinadores de programa) y el órgano competente en formación sanitaria especializada con el método de grupo de trabajo.

4 Resultados

Se han elaborado 5 modelos de protocolos para cada una de las UDDMM acreditadas en la Región de Murcia. Constan de una primera parte común de aspectos generales y de una segunda específica para cada especialidad. Esta última permite mostrar, por año de residencia, la gradación en los niveles de supervisión/responsabilidad en hospitalización, consultas, guardias, diferentes ámbitos de actuación, itinerarios formativos o áreas funcionales de desempeño según el POE de cada especialidad.

5 Conclusiones

1. La elaboración de este modelo, ha permitido unificar estructuralmente los PSR de todas las UDDMM.
2. La versatilidad del modelo permite su aplicación a cualquier UDM.
3. Muestra globalmente la disminución del grado de supervisión y la progresiva adquisición de la responsabilidad en las principales actividades asistenciales que realizan los residentes por año.
4. Todos los agentes implicados han mostrado su satisfacción con la utilización del modelo.
5. Los PSR se encuentran actualmente implantados en todas las UDDMM acreditadas de la Región de Murcia.



SEGURIDAD



C0074 ¿INVESTIGAN NUESTROS RESIDENTES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Rosa Villafafila Ferrero, Sofia Berlanga Fernández

UDMAFIC COSTA PONENT Cornella de Llobregat (Barcelona) Espanya

1 Justificación

La investigación en seguridad del paciente en la formación sanitaria especializada es clave en la cultura de la organización y en la actualización de conocimientos y habilidades en la detección, prevención y control del daño que el sistema sanitario pueda ocasionar a los pacientes; estando en consonancia con las diferentes estrategias autonómicas, estatales e internacionales al respecto.

2 Objetivos

Describir los trabajos de investigación de residentes de Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent relacionados con la seguridad del paciente.

3 Material y Métodos

Diseño: Estudio descriptivo transversal. **Población:** 120 trabajos de investigación. **Temporalidad:** 2013-2018. **Variables:** Seguridad (Si/No), diseño (observacionales descriptivos/observacionales analíticos/experimentales), temática (reducir daño/eliminar daño/reducir error/mejorar fiabilidad/ sistema seguro), formato de estudio (proyecto/investigación concluida), formación (medicina/enfermería) y año del proyecto (2013-2014-2015-2016-2017-2018). **Análisis:** descriptivo (medias y medianas) y percentiles.

4 Resultados

29,16% de los trabajos de investigación relacionados con seguridad del paciente: 80% observacionales descriptivos, 2,86% observacionales analíticos y 17,14% experimentales. 51,42% estaban relacionados con reducir daño y reducir error; 45,71% eliminar daño; 20% mejorar fiabilidad y 11,42% sistema seguro (temáticas no excluyentes). En el 77,15% la investigación estaba concluida y en el 94,18% está realizada por médicos residentes. El 2014 (25,71%), 2017 (22,85%) y 2018 (20%) fueron los años en que se realizaron más estudios sobre seguridad del paciente.

5 Conclusiones

Escasa producción científica relacionada con seguridad del paciente, sobre todo en enfermeras/os residentes, que ha ido disminuyendo en los últimos años. La mayoría de trabajos aportan resultados, son observacionales descriptivos y se relacionan con reducir daño y error así como eliminar error. Desde la Unidad Docente se debe potenciar más la investigación en temas relacionados con la seguridad del paciente, sobre todo en la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.



SEGURIDAD



C0087 ESTRATEGIA DE FORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA RESIDENCIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Isabel Gonzalez Anglada, Cristina Garmendia Fernández, Leonor Moreno Nuñez, Helena Martin Alvarez, Natalia Schoebel, Silvia Hernandez Cabañes

Hospital Universitario Fundacion Alcorcon. Alcorcon (Madrid) España

1 Justificación

Desde 2011 la OMS recomienda introducir la competencia Seguridad del Paciente en la formación de los grados sanitarios y en la residencia.

2 Objetivos

El objetivo es describir la estrategia de Formación para la Seguridad del Paciente durante la residencia puesta en marcha por la Comisión de Docencia en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, competencia nuclear prioritaria en el centro

3 Material y Métodos

En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón la formación de residentes sigue un modelo de formación en competencias desde 2011 y la competencia Seguridad del Paciente se ha considerado desde hace 8 años una prioridad, desplegándose una estrategia de formación alrededor de esta competencia.

4 Resultados

Utilizamos los siguientes instrumentos:

1. Protocolos de supervisión en todas las Unidades Docentes y en Urgencias. Se detallan las actividades que siempre tienen que ser visadas por un especialista y la graduación de otras.
- 2-Cursos: Curso de Incorporación para los R1 donde hay un espacio dedicado a seguridad del paciente. Curso de Seguridad del paciente para R>2. Curso de comunicación de evento adverso
- 3.Talleres de técnicas, de listas de verificación quirúrgicas, de comunicación
- 4.Sesiones de Casos críticos: donde se revisan casos que han movilizadо sentimientos al residente.
- 5.Rondas de seguridad en los servicios en los que se integran los residentes: Anestesia y Medicina Interna
- 6.Simulación: utilizamos la simulación para formar a los residentes en el Factor Humano.

5 Conclusiones

La formación en seguridad del paciente durante la residencia debería ser una estrategia de todos los centros docentes. Existen numerosos instrumentos como sesiones, talleres, cursos, casos críticos, rondas de **seguridad y simulación que contribuyen de forma significativa al aprendizaje** de la Seguridad.



SEGURIDAD



C0161 INCIDENTE CRITICO: HERRAMIENTA DE FORMACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cristina Garmendia Garmendia, Isabel Gonzalez Anglada, Leonor moreno Núñez

HUFA (Madrid) España

1 Justificación

Tras años de experiencia en sesiones de incidente critico grupales, se planteo su inclusión en el marco de la formacion por competencias de nuestros residentes, en lo que se refiere a la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Evaluar el trabajo en competencias que se realiza en sesiones de incidente critico, y en concreto el valor de éste en lo que se refiere a seguridad del paciente desde el punto de vista de residentes y tutores del servicio.

3 Material y Métodos

Solicitamos mediante encuesta a nuestros residentes la valoración con escala de 1-4 del incidente critico del ultimo año, en lo que se refiere al abordaje del mapa competencial de formacion, y en concreto de su valor en formacion de seguridad del paciente.

Así mismo se solicito dicha opinion a los tutores asistentes a dichas sesiones.

4 Resultados

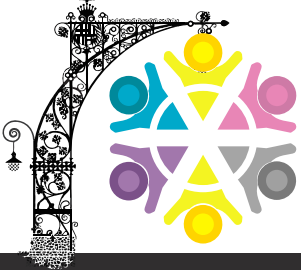
De un total de 10 encuestas recabadas a los residentes, las competencias mas trabajadas son el profesionalismo-ética, la comunicacion y la seguridad del paciente.

Resultados similares en las valoraciones de los tutores.

5 Conclusiones

El incidente critico es una herramienta útil en la formacion de especialistas por competencias en el marco de la seguridad del paciente, así como en aquellas competencias menos trabajadas en otros sistemas de evaluacion estandarizados, desde el punto de vista de los formadores, como de los residentes. Por lo que debe tenerse en cuenta su implantacion en el seno de programas de formacion en seguridad del paciente





APRENDERÁS
SEGURO



BARCELONA
AUDITORI AXA

IV

6, 7 y 8

NOVIEMBRE

DE 2019

CONGRESO NACIONAL
SEFSE areda
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

SIMULACIÓN



SIMULACIÓN



C0030 LA SIMULACIÓN EN LA ENTREVISTA CLÍNICA

Núria Parals Suñé¹, Josep Román Martínez², Francisco Rodrigo López², Dídac Ettinghausen³

¹ABS Torroella de Montgrí Torroella de Montgrí (Girona) España

²Hospital de Palamós (Girona) España

³ABS Palafrugell (Girona) España

1 Justificación

La simulación clínica es una metodología de aprendizaje que facilita la adquisición de competencias y habilidades clínicas, en escenarios parecidos a los reales sin poner en riesgo a los pacientes. Se decidió trabajar las habilidades comunicativas en cómo dar malas noticias pasando del formato clásico de sesión a completarlo en una simulación con actores e instructor en simulación.

2 Objetivos

Mejorar las habilidades comunicativas tanto verbales como de actitud en la entrevista clínica.

Mejorar la satisfacción personal del residente y habilidades de gestión emocional en situaciones difíciles.

3 Material y Métodos

Consta de sesión teórica de 6h repartidas en 2 días, común para todos y 1h práctica unipersonal que incluye: consulta del residente con el actor y debriefing posterior con el instructor. La simulación se graba además de ser visualizada por el instructor en tiempo real. Se valoró la formación mediante una encuesta. Se evaluó: facilidad de aprendizaje, aprovechamiento, aplicabilidad del aprendizaje, recomendación a los compañeros y capacidad docentes. Se comparó con las encuestas de ediciones previas y se valoró: organización del curso, mejora de los conocimientos, capacidad docente, tareas impartidas y recomendación a los compañeros.

4 Resultados

En el modelo previo contestaron once residentes, de los cuáles cinco (45-48%) valoraron como “bien o muy bien” todas las preguntas. En el modelo con simulación contestaron cinco residentes y todos (100%) las valoraban “bien o muy bien” con especial énfasis en la aplicabilidad del aprendizaje adquirido.

5 Conclusiones

La simulación mejora el aprendizaje en habilidades de comunicación en la entrevista clínica, con una metodología y capacidad docente bien valoradas y mejora la satisfacción personal del residente y su gestión emocional.



SIMULACIÓN



C0081 ROLE PLAYING: ENTRE LA PRÁCTICA Y LA REALIDAD.

Joan Deniel Rosanas¹, Mireia Hernández Ribera², Montserrat Ciurana Tebé²

¹UDMd'AFiC Catalunya Central (ICS). CAP Manlleu. Manlleu (Barcelona) Spain

²UDMd'AFiC Catalunya Central (ICS). CAP Manresa-2 (Barcelona) Spain

1 Justificación

Aplicación práctica de sesiones de *role playing* como método docente para la formación médica especializada de residentes.

2 Objetivos

Valorar la aplicación de la técnica de *role playing* en residentes de medicina y enfermera en el ámbito de Atención Primaria.

3 Material y Métodos

Durante 24 meses se realizan en el Centro de Salud sesiones de *role playing* conjuntas entre residentes de medicina de familia y enfermería y sus tutores. El *role playing* consiste en recrear una situación real de la práctica clínica en cada sesión. La dramatización tiene una duración de 5-10 minutos y la discusión posterior, entre 15-20 min.

En estas sesiones se valoran habilidades de comunicación verbal y no verbal de los residentes, así como su capacidad de hacer diagnósticos diferenciales, técnicas sanitarias, resolución de conflictos y tratamientos.

La asistencia y participación es recomendada a todos los residentes (al finalizar la residencia tienen que haber sido protagonistas de al menos una sesión).

Evaluación: mediante entrevista clínica tutor-residente (individualmente) y por observación estructurada de la práctica en cada sesión realizada (tutor o médico responsable en ausencia del tutor).

4 Resultados

Experiencia gratificante, espacio de encuentro, compartiendo experiencias y formas de trabajar, resolviendo dudas e incidentes críticos que se analizan en la representación. El residente refiere disminuir la ansiedad, la posibilidad de error y anticiparse a situaciones futuras del día a día. En el inicio pueden interferir sentimientos de vergüenza y temor, aunque con la práctica mensual hace que se entienda mejor el instrumento docente.

5 Conclusiones

Método fácilmente accesible por su bajo coste y poca complejidad para realizar las sesiones. Inicialmente es necesaria una persona formada en la técnica, aunque una vez aprendida es de fácil replicación.



SIMULACIÓN



C0100 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO MEDIANTE SIMULACIÓN EN DISTOCIA DE HOMBROS

Emérita García Rosas, **Susana Rodríguez Pradera**, Jose Luis Hernández Sánchez, Felisa María Mamblona Vicente, Elena Ferriols Pérez, Laura García Lausín

Hospital del Mar Barcelona (Barcelona) España

1 Justificación

La distocia de hombros (DH) es una emergencia obstétrica imprevisible. Se define como la detención del parto espontáneo por el impacto del hombro anterior del feto contra la sínfisis del pubis, o menos frecuentemente, el hombro posterior contra el promontorio sacro, que requiere maniobras especiales para desprender los hombros tras el fracaso de la tracción axial de la cabeza fetal. Su incidencia es del 0,2 al 3% de los partos según los registros disponibles y la complicación más frecuente es la parálisis braquial obstétrica en el recién nacido (4-6% de las DH). La mayoría de casos ocurren sin factores de riesgo identificables con antelación. El entrenamiento en simulación para solucionar la DH permite al equipo multidisciplinar (obstetras, residentes, matronas) practicar maniobras y habilidades de trabajo en equipo en un entorno seguro.

2 Objetivos

- Aumentar los conocimientos y habilidades en el entrenamiento de la resolución de la DH.
- Extraer al feto sano con la menor morbilidad materna posible.
- Prevenir la asfixia fetal y la parálisis braquial permanente.

3 Material y Métodos

En aula audiovisual realizaremos la exposición teórica. Utilizaremos simuladores específicos para el entrenamiento en DH y escenarios clínicos simulados. Posteriormente se analizará el desempeño de equipo.

4 Resultados

Las sociedades de varios países recomiendan el entrenamiento anual basado en simulación de todo el personal que atiende partos, ya que ha demostrado su eficacia para disminuir significativamente la incidencia de parálisis braquial en el recién nacido.

5 Conclusiones

El entrenamiento en simulación ha demostrado una mejor resolución durante las situaciones reales con menor morbilidad fetal. Dada la evidencia, el entrenamiento en simulación para la DH debe realizarse en todas las instituciones que asistan partos. Tanto los residentes de obstetricia como los de matrona deben beneficiarse de este entrenamiento.



SIMULACIÓN



C0104 SIMULACIÓN CLÍNICA: EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN SANITARIA EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL (GAICR)

Gema Verdugo Moreno, María Antonia Montero Gaspar, María Pilar López Juárez, Francisco Javier Redondo Calvo, Francisco Javier Gómez Romero, Rubén Bernal Celestino

Hospital General Universitario De Ciudad Real (Ciudad Real) España

1 Justificación

La simulación clínica es una herramienta de aprendizaje para la adquisición de destrezas, habilidades y conocimiento de los alumnos, en escenarios semejantes a los reales, sin riesgo para los pacientes. Permite la práctica del trabajo entre distintas categorías profesionales pudiendo implementar mejoras en la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Analizar el grado de participación y de satisfacción de los profesionales en los cursos realizados con esta metodología docente.

3 Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los cursos desarrollados en el aula de simulación clínica de la GAICR en el primer semestre de 2019. A cada alumno se le facilitó una encuesta donde se indicaba su categoría profesional y el grado de satisfacción representado por una escala del 1 al 5, siendo el 1 “en desacuerdo” y el 5 “de acuerdo”. Se usaron frecuencias a modo de porcentajes y medias para medir cada una de las variables anteriormente citadas respectivamente.

4 Resultados

Se realizaron 25 cursos de simulación clínica, con participación de residentes de manera multiprofesional. El número total de alumnos ha sido de 168. Los alumnos que han participado por áreas de conocimiento han sido: Urgencias de Atención Primaria: 19 (11.37%); Bloque quirúrgico: 12 (7.14%); Celadores: 23 (13.69%); Farmacia: 13 /7.74%); Manejo de situaciones críticas en el área de Gestión: 12 (7.74%); Prevención del suicidio en Atención Primaria: 9 (5.35%); Simulación para instructores: 9 (5.35%); Sedación en endoscopias: 37 (22.02%); Seguridad del paciente: 24 (14.28%) y Urgencias Hospitalarias: 10 (5.92%). El grado de satisfacción media de los alumnos ha sido de un 4.69 sobre 5.

5 Conclusiones

El grado de participación de estos cursos es alto, especialmente en servicios como Endoscopias, y son altamente valorados por sus alumnos. La implementación de talleres de simulación clínica en el aprendizaje de los profesionales que realizan Formación Sanitaria Especializada debería ser obligatoria en los centros que dispongan de aula de simulación.



SIMULACIÓN



C0143 PARTIENDO DE LA NADA. INICIO DE UN PROGRAMA DE SIMULACION EN LA FORMACION DE RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Elena Jiménez Belío, Miguel Reyero Cortina

Hospital Universitario Son Espases Palma (Islas Baleares) España

1 Justificación

En el año 2011 iniciamos en el Hospital Universitario Son Espases las evaluaciones a los residentes mediante ECOE. La ECOE es un formato de examen práctico en el que se evalúan competencias clínicas. Se desarrolla a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas: anamnesis, exploración, manejo clínico, habilidades de comunicación y habilidades técnicas.

2 Objetivos

Se describen talleres de simulación como método docente y evaluador en residentes de Obstetricia durante los últimos 5 años.

3 Material y Métodos

- Talleres 1,2: Muñeca infantil articulada. Telón vertical con incisión que permite simulación de parto y sucesión reglada de maniobras ante distocia de hombros y parto de nalgas.
- Taller 3, Taller de fórceps: Pelota de goma de 11 centímetros de diámetro con incisión superficial simulando suturas y fontanelas.
- Taller 4, Sutura desgarros perineales III-IV grado: Material 1) Preparación de estructura tubular mediante carne blanca y roja para recrear canal anal. Material 2) Esfínteres porcinos.
- Taller 5 suturas hemostáticas: Plancha de espuma de 5 cm. de grosor con forma de útero.

4 Resultados

En 2020 está prevista la inauguración del Centro de Simulación de nuestro hospital. Hasta la fecha, hemos utilizado materiales domésticos para evaluación anual mediante ECOEs y realización de talleres con finalidad docente, con una gran aceptación por parte de los residentes y una clara autopercepción de mejoría en sus habilidades clínicas.

5 Conclusiones

En los últimos años, publicaciones demuestran la efectividad de la simulación para la capacitación, desde la enseñanza de habilidades quirúrgicas básicas hasta la mejora del trabajo en equipo y las habilidades de liderazgo en escenarios de emergencia complejos. Las habilidades obtenidas se traducen en mejoras cuantificables en el desempeño del trabajo diario del residente. La simulación se puede utilizar para introducir nuevos conceptos y evaluar las competencias requeridas.

En caso de no disponer de una Unidad de Simulación compleja, es igualmente efectivo utilizar instrumentos de evaluación de bajo coste y complejidad.



