

AULA DOCENTE

MESA 1

Decisiones clínicas en Atención Primaria: los clubes de revistas en MBE

Moderador: J.D. Prados Torres

Médico de familia. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga.

Ponentes:

A. Burls

Senior Clinical Lecturer Public Health. Universidad de Birmingham. Reino Unido.

F. Leiva Fernández

Médico de familia. Unidad Docente de MFyC. Málaga. Vocal de investigación SAMFYC.

N. Segura Domínguez

Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga.

Aprendizaje significativo y MBE: utilidad de los clubes de revistas en la formación MIR de MFyC

J.D. Prados Torres

En la presente mesa planteamos una reflexión acerca de qué modelos de enseñanza, -de los utilizables en postgrado-, producen un mejor aprendizaje y facilitan la toma de decisiones clínicas a los MIR favoreciendo lo que los expertos en pedagogía de adultos denominan "escenarios de bajo riesgo". Presentamos una experiencia de más de siete años, de realización de *clubes de revistas* MBE con MIR en la Unidad Docente de MFyC de Málaga y analizamos como se ajustan dichos *clubes* a las modernas teorías de la pedagogía de adultos. Evaluamos por último sus resultados en la formación MIR de MFyC y discutimos que actuaciones se pueden llevar a cabo para mejorar dichos clubes.

Se sabe que a los adultos les motiva a aprender¹:

1. Lo que es relevante en situaciones concretas.
2. Lo práctico más que lo teórico.
3. Lo que se centra en problemas.
4. Lo que tiene en cuenta su experiencia.
5. Lo que se dirige a sus necesidades.
6. Lo previamente negociado.
7. Lo que les implica, lo participativo.
8. Cuando se tiene en cuenta su ritmo.
9. Cuando el aprendiz es parte activa del aprendizaje.
10. Cuando el aprendizaje promueve una relación entre iguales.
11. Cuando se fomenta la autoevaluación o evaluación entre compañeros.

Según Carl Rogers²⁻⁴ las cualidades humanas del tutor que facilitan el aprendizaje significativo, son fundamentalmente estas tres: La autenticidad o legitimidad, la aceptación del otro (del aprendiz, del MIR en nuestro caso, etc.) como persona imperfecta, pero capaz de mejorarse y la comprensión empática.

Fue también Carl Rogers^{3,4} uno de los primeros que habló de la necesidad de un clima adecuado de confianza y de adaptación docente entre tu-

tores y aprendices, así como el empleo de modelos centrados en el alumno para favorecer el aprendizaje.

Ana Sobrino y Fermín Quesada, concluyeron en un brillante artículo⁵ que la enseñanza médica es un proceso muy complejo que requiere habilidades en comunicación y dinámica de grupos, para a continuación resaltar la importancia de manejar en la formación MIR los fundamentos de la enseñanza de adultos; Conocer cómo se aprende de la experiencia; los fundamentos de cómo hacer comunicación empática y de la enseñanza no directiva; saber cómo dar y obtener *feedback*; cómo fomentar la reflexión/ autorreflexión del que aprende y cómo presentar casos clínicos centrados en el paciente (seguramente en el convencimiento de que no se puede hacer enseñanza centrada en el que aprende, en el residente, si no se practica la medicina centrada en el paciente⁶).

Diversos autores^{7,8} han reflexionado sobre los métodos docentes que facilitan la adquisición de competencias del médico, como por ejemplo, favorecer el aprendizaje por descubrimiento, utilizar prescripciones educativas por parte de los tutores o incluso establecer contratos pedagógicos entre tutores y MIR que como mínimo consideren un ámbito espacial (tus espacios y mis espacios), temporal (tu horario y el mío...), un ámbito ético-institucional (mi responsabilidad, tu responsabilidad) y pedagógico (utilizaremos estos métodos de aprendizaje..., aún mejor si son negociados).

Dave Sackett fue uno de los pioneros en la utilización del Aprendizaje Basado en Problemas en la Universidad de Mc Máster en los años 70 y uno de los principales impulsores del método epidemiológico entre los clínicos, (como ayuda para la toma de decisiones en "pacientes individuales", recordemos su conocido texto "Clinical Epidemiology"⁸ traducido al castellano en los 80). Más recientemente, en los años 90, y tras el auge de Internet, ha sido también Sackett⁹ el que ha difundido el uso de la MBE y ha propuesto los clubes de revistas como una forma de practicar dicha MBE.

Desde 1997 en la Unidad Docente de MFyC de Málaga, venimos desarrollando una estrategia de formación MIR, que en gran medida está sustituyendo a otras iniciativas anteriores. Intentamos favorecer la toma de decisiones clínicas de los MIR, favoreciendo además el aprendizaje de la epidemiología clínica y de otras disciplinas necesarias para los médicos de familia, ajustando en alguna medida el currículo formativo con cada MIR (esto es, teniendo en cuenta, sus necesidades específicas de aprendizaje y sus conocimientos previos) y considerando por lo tanto los principios de la pedagogía de adultos. Ello, como se verá en las siguientes presentaciones de esta mesa, es relativamente sencillo, cuando se entrenan algunos tutores como monitores específicos para coordinar los clubes de revistas MBE, según la técnica propuesta por Sackett⁹ y por JAMA¹⁰, mediante el aprendizaje previo y conveniente actualización de disciplinas tales como:

- Elaboración de preguntas susceptibles de ser respondidas.
- Estrategias de búsqueda bibliográfica a través de internet.
- Análisis crítico de la literatura científica.

Este modelo de enseñanza es, además, perfectamente compatible con el modelo de formación MIR del estado y propugna un aprendizaje compartido colegiado, flexible, democrático e individualizado a cada MIR, a cada Tutor y a cada relación MIR/tutor ya que tiene en cuenta las necesidades detectadas por los propios MIR en su trabajo en el hospital y/o el Centro de salud, en presencia de pacientes, considerando la realidad asistencial y las características fundamentales de nuestra organización sanitaria. Creemos además, que el modelo que presentamos, favorece un clima más favorable al aprendizaje y permite la reflexión de los MIR sobre determinadas disciplinas relativamente arduas (estadística, epidemiología, evaluación del impacto o incluso valoración económica de las diferentes alternativas...), pero necesarias para el correcto ejercicio de la *medicina centrada en el paciente* en un Sistema Sanitario Público. Sabemos además que los escenarios que se generan favorecen un *feedback* favorable al aprendizaje de la medicina de familia y al aprendizaje cooperativo de los MIR.

Bibliografía

1. Brookfield SD. Understanding and Facilitating Adult Learning. San Francisco: Jossey Bass; 1987.
2. Rogers C. El proceso de convertirse en persona 10ª reimpression. Barcelona: Editorial Paidós; 1996.
3. Rogers C. To Facilitation of Significant Learning. En Siegel L. Editor. Contemporary Theories of Instruction. San Francisco, California: Chandler Publishing Co; 1996.
4. Rogers C. To facilitate Learning. En Malcolm Provus, editor. NEA Handbook for teachers. Innovations for Time To Teach. Washington DC; Department of Classroom Teachers. NEA; 1996
5. Sobrino A y Quesada F. La formación humana de los docentes. El tutor como modelo. Dimensión Humana 1998: 50-52.
6. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming The Clinical Method. Thousand Oaks, CA; Sage Publications; 1995.
7. Neighbour R. La consulta interior. Barcelona: J&C Ediciones Médicas SL; 1998.
8. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Epidemiología Clínica. Ciencia Básica para la Medicina Clínica. México: Editorial Panamericana 1998.
9. Sackett, D, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid. Ed Churchill Livingstone 1997. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L. 1998.
10. Evidence Based Medicine Working Group. La Medicina Basada en la Evidencia. Guías del Usuario de la Literatura Médica. JAMA. The Journal of the American association. Edición española. 1997

El club de revistas de la unidad docente de MFyC de Málaga. Evaluación de su impacto formativo

F. Leiva Fernández

Entre los diferentes métodos de enseñanza adecuados para la aplicación clínica a pacientes individuales de los resultados de valoraciones críticas, David Sackett y colaboradores, en su libro Medicina basada en la evidencia, cómo ejercer y enseñar la MBE, señalan los clubes de revistas como una estrategia adecuada para enseñar a los principiantes el modo de aplicar a los pacientes los resultados de sus valoraciones críticas. Es decir, serían un tipo de sesiones en las que partiendo de la descripción de un escenario clínico se permite localizar y valorar críticamente la información necesaria para resolver las lagunas de conocimiento que nos hayan podido surgir en la atención a ese sujeto.

El Club de Revistas de la Unidad Docente (UD) de Medicina de familia y comunitaria (MFyC) de Málaga: cómo surgió, su historia natural, cómo es en la actualidad

En noviembre de 1997 se pone en marcha un nuevo esquema de sesiones clínicas con los residentes de 1º y 2º años de MFyC en una de las 6 zonas docentes acreditadas (Zona II, Universitario) de la UD de MFyC de Málaga. Estas sesiones se empezaron a desarrollar siguiendo el esquema propuesto por Sackett et al denominado *dub de Revistas*.

Cada residente se responsabilizó de presentar un caso clínico que durante su actividad asistencial le hubiera planteado dudas. El caso se presentaba en 3 sesiones distintas (inicialmente) con un intervalo de 15 días entre cada una de ellas:

- En la primera se presentaba el caso y se abordaba cómo formular preguntas clínicas susceptibles de ser respondidas a partir de las dudas que surgían en la discusión del caso. Se cerraba seleccionando una de las preguntas a la que se intentaría responder.
- En la segunda sesión, quince días después, el mismo residente presentaba la búsqueda bibliográfica realizada, generalmente a través de Internet (inicialmente *Grateful Med* y posteriormente *PubMed*), y se discutían los resultados de su búsqueda y la estrategia empleada, contrastando con la realizada de forma paralela por el tutor-monitor y/o por cualquier otro residente del grupo.
- De los artículos aparecidos en la búsqueda se seleccionaba el que se consideraba más adecuado para responder la pregunta seleccionada y se encargaba al residente de obtener el original, preparar las copias y distribuir las entre los participantes en las sesiones para...
- Que pudiera ser valorado críticamente quince días más tarde en una tercera sesión. Si se conseguía obtener una respuesta adecuada a la pregunta clínica se debía generar un "Tema Valorado Críticamente (TVC o CAT en su acepción inglesa)".

En cada una de las sesiones quincenales dedicadas al club de Revistas (duración aproximada de 45 minutos) se superponían dos tareas correspondientes a dos casos o escenarios clínicos consecutivos (esta fue la primera novedad introducida por nuestro grupo, ya que los autores originales proponían superponer tres tareas cada día correspondientes a tres casos consecutivos, pero en nuestro medio no fue posible por falta de tiempo). El desarrollo de estas sesiones se presenta en la figura 1.

A lo largo de estos siete años se han introducido los siguientes cambios:

- La periodicidad de las sesiones en algunas zonas de la UD de MFyC de Málaga (actualmente hay clubes de revistas en las 6 zonas acreditadas) ha pasado a ser semanal.
- Los residentes con más tiempo de realización del club de revistas elaboran en un solo día el caso clínico completo en forma de TVC o CAT.
- En otros casos las dos primeras partes (elaboración de las preguntas clínicas y búsqueda bibliográfica) se realizan en una única sesión en el aula de informática para que en tiempo real, el residente responsable de la presentación dirija a sus compañeros en la utilización que las bases de datos de las que el previamente había obtenido sus resultados.
- En algunas zonas acreditadas desde la primera sesión ya se presenta en forma de trabajo valorado críticamente que previamente es asesorado y discutido.
- En 5 de las 6 zonas la hora de realización del club es en la última franja de la mañana y en la zona restante a primera hora.
- En varias de las zonas acreditadas las sesiones del club se acompañan de algo de comida (simposio), al objeto de favorecer un clima de camaradería y "bajo riesgo" que favorezca la participación y el aprendizaje.

| | Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 | Sesión 5 | Sesión 6 | Sesión 7 |
|-----|----------|----------|--------------------|--------------------|----------|--------------------|--------------------|
| R-1 | Caso | Busqueda | Valoración crítica | | | | |
| R-2 | | Caso | Busqueda | Valoración crítica | | | |
| R-3 | | | | Caso | Busqueda | Valoración crítica | |
| R-4 | | | | | Caso | Busqueda | Valoración crítica |
| ... | | | | | | | |

FIGURA 1 Esquema inicial del Club de Revistas de la UD de MFyC de Málaga.

Estas modificaciones que se han ido introduciendo responden a dificultades que se han ido encontrando a lo largo del desarrollo de las sesiones. En unos casos se han obtenido resultados más satisfactorios que en otros. Como requisito formativo previo a la realización de estas sesiones, se imparte un taller de 1 día de duración y con la siguiente distribución de contenidos:

- Introducción a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) (45 minutos).
- Formulación de preguntas clínicas (60 minutos).
- Práctica de búsqueda bibliográfica (120 minutos).
- Lectura crítica de artículos científicos sobre tratamiento (120 minutos). Intencionadamente no se presenta en este taller inicial ningún contenido sobre lectura crítica de artículos de diagnóstico, que por su mayor complejidad se deja para más adelante.

La estructura actual de los clubes de revista de la Unidad Docente de MFyC de Málaga, aparece en la tabla 1.

TABLA 1 Estructura actual de los clubes de revista de la Unidad Docente de MFyC de Málaga.

| Zona acreditada | Tipos de sesiones | Periodicidad | Hora inicio | Comida |
|-----------------|--|---------------------|-------------|--------------|
| I | Tratamiento; diagnóstico: Revisión guías de práctica clínica | Semanales | 13.30 | No |
| II | Tratamiento; diagnóstico: Revisión guías de práctica clínica | Semanales | 8.30 | Sí (a veces) |
| Axarquía | Tratamiento; diagnóstico: Revisión guías de práctica clínica | Semanales | 13.30 | Sí (siempre) |
| Ronda | Tratamiento; diagnóstico: Revisión guías de práctica clínica | Cada 3-4 semanas | 13.30 | Sí (siempre) |
| Costa del Sol | Tratamiento; diagnóstico: Revisión guías de práctica clínica | Quincenales | 13.30 | No |
| Antequera | Tratamiento; diagnóstico: Revisión guías de práctica clínica | Cada 3-4 semanas | 13.30 | Sí (siempre) |

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2 Valoración cuantitativa del rendimiento de los clubes de revista de la UD de MFyC de Málaga desde la perspectiva del proceso educativo.

| Zona acreditada | Número de sesiones | Fecha inicio | Asistencia a sesiones | Número de MIR participantes desde el inicio | Número de monitores |
|-----------------|--------------------|--------------|-----------------------|---|---------------------|
| I | 180 | 1998 | 60% | 110 | 1 |
| II | 55** | 1997 | 50% | 196 | 1 |
| Axarquía | 98*** | 2000 | 60% | 64 | 1 |
| Ronda | 21* | 2002 | 75% | 24 | 1 |
| Costa del Sol | 78 | 1999 | 70% | 60 | 1 |
| Antequera | 18* | 2003 | 60% | 16 | 1 |

Fuente: elaboración propia.

*Datos correspondientes a los últimos 2 años; **Datos correspondientes a 3 años; ***Datos correspondientes a 4 años.

Evaluación del Club de Revistas de la UD MFyC de Málaga

Cuando nos planteamos evaluar esta iniciativa docente, quisimos valorar tanto aspectos de proceso (número de sesiones y características de las mismas) como de resultados (impacto formativo en el residente que acude a esta actividad). Respecto al primer apartado de la evaluación del proceso vamos a presentar aspectos cuantitativos y otros que tiene que ver con la peculiaridad de desarrollo de los clubes en cada zona acreditada. En cuanto a la valoración de resultados se presentarán los principales resultados de un estudio cuasiexperimental de valoración de la efectividad del club de revistas como estrategia docente en la formación postgrado de MFyC.

Valoración del Proceso:

- *Aspectos Cuantitativos:* Como podemos observar en la tabla 2 existe una importante variabilidad entre las distintas zonas donde tienen lugar los clubes de revistas, que viene determinada por el número de MIR asignados a cada una de estas zonas y que oscilan desde 4 por promoción en algunas hasta 16 en otras, de manera que las más numerosas necesitan una mayor periodicidad de sesiones para que cada MIR pueda responsabilizarse de un número suficiente de sesiones. En cambio en las zonas más pequeñas se pueden ampliar el intervalo temporal entre sesiones.

- *Cualitativa:* En los aspectos cualitativos no se aprecian tanta variabilidad entre zonas. Esto es lógico si tenemos en cuenta que la metodología básica que aplicamos los diferentes monitores es la misma. Se inician las sesiones resolviendo preguntas clínicas sobre tratamiento, una vez se dominan estas habilidades pasamos a resolver preguntas sobre diagnóstico y finalmente se valoran aspectos conjuntos de diagnóstico y tratamiento respecto a las lagunas de conocimientos identificadas por los propios residentes a partir de la mejor evidencia disponible (tabla 3).

Evaluación del impacto formativo del Club de revistas de la UD de MFyC de Málaga

Con objeto de conocer el impacto formativo del club de revista, desde sus inicios y durante 5 años se llevó a cabo un análisis de la efectividad educativa de este sistema de aprendizaje, mediante un diseño cuasiexperimental de intervención retardada (Sistema en cascada). En este estudio participaron 160 residentes: 84 pertenecientes al grupo intervención y 76 al grupo control.

Los resultados valorados se centraron en hábitos de lectura de artículos, autovaloración por el residente de sus conocimientos sobre los diferentes aspectos de un trabajo de investigación (diseño, sesgos, tamaño muestral, resultados), conocimientos sobre estadística y epidemiología y habilidades de lectura crítica. Como se puede apreciar en la tabla 4, las principales diferencias se centran en los hábitos de lectura, la auto percepción de conocimientos del MIR, el número de preguntas que pueden llegar a plantearse ante un determinado caso clínico y las habilidades de lectura crítica, no existiendo diferencias en los conocimientos adquiridos sobre epidemiología /estadística.

TABLA 3 Valoración cualitativa del rendimiento de los clubes de revista de la UD de MFyC de Málaga desde la perspectiva del proceso educativo.

| Zona acreditada | Formato de presentación de la sesión | Tipos de preguntas | Preguntas con 3-4 elementos | Número de preguntas resueltas | Número de artículos utilizados | Tipos de artículos utilizados |
|-----------------|--|--|-----------------------------|--|--------------------------------|--|
| I** | Transparencias PowerPoint esporádico | Tratamiento Diagnóstico Pronóstico Revisiones | 70 | 100% | 70 | Ensayos clínicos 25 (35,7%) Guías de práctica clínica 34 (48,5%) Otros 11 (15,7%) |
| II** | Transparencias al inicio PowerPoint casi siempre | Tratamiento Diagnóstico Revisiones | 93% (43/47) | 71,7% (28/39) Sesiones repaso y/o informativas 6 Sesiones suspendidas 2 | 61 | Ensayos clínicos 26 (42,6%) Metanálisis 3 (4,9%) Descriptivos 6 (9,8%) Cohortes 2 (3,2%) Documentos de consenso 12 (19,6%) Guías de práctica 12 (19,6%) |
| Axarquía*** | Transparencias Powerpoint esporádico | Tratamiento Diagnóstico Revisiones | 99% (68/69) | 67,3% (33/49) Sesiones repaso y/o informativas 11 Sesiones suspendidas 5 Sesiones sin registro 33 | 80 | Ensayos clínicos 32 (40%) Revisión sistemática 5 (6,2%) Revisión Cochrane 1 (1,2%) Revisión Clinical Evidence 2 (2,5%) Descriptivos 23 (28,7%) Cohortes 1 (1,2%) Documentos de consenso 4 (5%) Guías de práctica 12 (19,6%) |
| Ronda* | PowerPoint | Tratamiento Diagnóstico Revisiones | 100% (21/21) | 66,6% (14/21) | 21 | Ensayos clínicos 15 (71,4%) Metanálisis 1 (4,7%) Descriptivos 4 (19%) Guías de práctica 1 (4,7%) |
| Costa del Sol** | PowerPoint | Tratamiento Diagnóstico Revisiones | 64% (50/78) | 44,8% (35/78) | 78 | Ensayos clínicos 59 (75,6%) Descriptivos 3 (3,8%) Guías de práctica 16 (20,5%) |
| Antequera* | PowerPoint | Tratamiento Diagnóstico | 100% (18/18) | 77,7% (14/18) | 18 | Ensayos clínicos 12 (66,6%) Metanálisis 1 (5,5%) Descriptivos 5 (27,7%) |

Fuente: elaboración propia.

*Datos correspondientes a los últimos 2 años; **Datos correspondientes a 3 años; ***Datos correspondientes a 4 años.

TABLA 4 Impacto formativo de los clubes de revista de la UD MFyC de Málaga.

| Área evaluada | Variable Resultado | Significación estadística |
|--|---|---------------------------|
| Hábitos de lectura | Originales leídos completos/mes | 0,02 |
| | Originales ojeados/mes | 0,03 |
| Autovaloración del residente de sus conocimientos sobre metodología de investigación | Autovaloración en diseño | < 0,0001 |
| | Autovaloración en sesgos | < 0,0001 |
| | Autovaloración en tamaño muestral | 0,06 |
| | Autovaloración métodos análisis | < 0,0001 |
| | Autovaloración interpretación de resultados | 0,01 |
| Elaboración preguntas clínicas a partir de un escenario concreto | Autovaloración aplicabilidad | 0,003 |
| | Preguntas correctas | 0,2 |
| | Preguntas en blanco | 0,5 |
| | Número áreas sobre las que hacen preguntas | 0,005 |
| Ejercicio de lectura crítica | Número preguntas / caso clínico | 0,002 |
| | Número de preguntas con 3-4 componentes | 0,007 |
| | Respuestas correctas en lectura crítica | 0,4 |
| Test de conocimientos | Respuestas correctas razonadas | 0,005 |
| | Lectura crítica global | < 0,004 |
| | Respuestas correctas de estadística y epidemiología | 0,4 |

Bibliografía

Alguire P. A Review of Journal Clubs in postgraduate medical education. *J Gen Int Med* 1998;13:347-53.

Coomarasamy A, Latthe P, Papaioannou S, Publicover M, Gee H, Khan KS. Critical appraisal in clinical practice: sometimes irrelevant, occasionally invalid. *J Soc Med* 2002;94:573-7.

Cramer JS, Mahoney MC. Introducing evidence based medicine to the journal club, using a structured pre and post test: a cohort study. *BMC Medical Education* 2001;1:6.

Mobs RJ. The importance of the journal club for neurosurgical trainees. *J Clin Neuroscience* 2004;11(1):57-8.

Norman GR, Shannon SI. Effectiveness of instruction in critical appraisal (evidence-based medicine) skills: a critical appraisal. *Can Med Assoc J* 1998;158:177-81.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE.* Churchill Livingstone, Londres. 1997.

Wood DF. Problem based learning. *BMJ* 2003;326:328-30.

Los Clubes de Revistas MBE: ¿Qué opinamos los Residentes?

N. Segura Domínguez

Tras seis años en la Facultad de Medicina, y un tiempo variable preparando el examen MIR, por fin somos residentes, y nos enfrentamos con ilusión a nuestro nuevo reto: el encuentro diario con los pacientes. *Descubrimos entonces cómo la medicina es una ciencia en constante cambio. De repente, nuestros manoseados apuntes y manuales parecen estar a años luz de la realidad, técnicas nuevas, diferentes alternativas de tratamiento, y nosotros que creíamos haberlo estudiado todo...!*

La necesidad de dar lo mejor a nuestros pacientes nos inquieta y nos abruma: hay que aprender más, pero: ¿de quién aprender? ¿Dónde está lo mejor?

Observando a nuestros tutores, nos sorprendemos en ocasiones de cómo haciendo gala de su experiencia, y conocimiento médico acumulado (que nosotros envidiamos) manejan al paciente con total seguridad, convencidos de hacer lo mejor.

Hay que aprender de ellos, tomar apuntes, observarles, escudriñarles mientras trabajan... Pero, ¿cuántas veces descubrimos asombrados que “lo mejor” para el Dr. A no tiene nada que ver con “lo mejor” para Dr. B? (¿Digoxina[®] o Trangorex[®]? Según el médico con quien estés.)

Recurrimos entonces a la infinita documentación médica que cae en nuestras manos: revistas y artículos científicos, principalmente suministrados por las empresas farmacéuticas, parecen darnos la solución perfecta a nuestras dudas, la información más actualizada. Evidentemente, lo mejor es lo más actual.

Comenzamos a leer, leer y leer, cuanto más leemos, más nos queda por leer, cientos de revistas médicas, miles de páginas de internet, millones de artículos al año, todos dando soluciones que a menudo se enfrentan entre sí.

Casi a punto de desesperarnos, de pronto, en la Unidad Docente nos hablan de MBE:

“Uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes”

¡Me apunto!

Llevamos 7 años desarrollando los Clubes de Revistas en Málaga. Dentro de la evaluación del impacto formativo de esta actividad entre los residentes quisimos conocer su opinión. Repartimos una serie de encuestas en las que, mediante la *Técnica de Medición de Incidentes Críticos* preguntábamos sobre lo positivo y lo negativo de la MBE, y los problemas surgidos durante la elaboración de las sesiones.

Los MIR creemos que la MBE:

- Nos enseña a ser más críticos con la información que recibimos.
- Nos sirve para resolver dudas de nuestra práctica médica diaria. No es que vayas a hacer búsquedas para cada paciente que entra en la consulta, pero las puedes realizar más tarde y comentarlo con los compañeros.
- Favorece el mantenimiento de la capacidad autoformativa. Es una forma de estudiar que siempre puedes practicar, solo o en grupo.
- Nos anima a la actualización continua de los conocimientos. Nos asegura que estamos estudiando en base a fuentes rigurosas y actualizadas. Nos da seguridad a la hora de tomar decisiones en el cuidado de los pacientes.
- Cuanto más se conoce, más interesa. Cuanto más se practica, más facilidad y rapidez se adquiere.

Preparando nuestras sesiones, tuvimos problemas con:

- La búsqueda de bibliografía, selección de palabras clave, combinaciones de palabras clave, manejo de los operadores y limitadores.
- La elección del artículo, que reúna todos los requisitos, que sea actual.
- Conseguir el artículo, a veces las revistas son desconocidas, sólo tenemos el abstract, o hay que suscribirse.
- La traducción de textos del inglés. Siempre que tengas la suerte de que al menos está en inglés...
- El análisis estadístico, metodología, cálculos y más cálculos...
- Preparar la presentación (PowerPoint, transparencias). ¡Exponer en público!
- Someterte a evaluación por parte de tus compañeros.

Y todo esto junto a la constante falta de tiempo durante la residencia. Todas estas dificultades disminuían conforme practicábamos una y otra vez, cada vez con mayor agilidad, en casos clínicos con dudas sobre tratamiento, diagnóstico y en las revisiones de guías clínicas, nuestras preferidas.

Sin embargo, todos comentamos que muchas veces la MBE

no cumple todas nuestras expectativas porque:

- Muchos artículos no dan los datos necesarios para su interpretación, y por tanto las conclusiones no pueden ser las adecuadas. Tanto esfuerzo para no llegar a nada. Bueno... ¿a nada?
- Resultados no concluyentes o no aplicables a nuestros enfermos. Incluso una excelente evidencia externa puede ser inaplicable o inapropiada para un paciente concreto.

- ¿Y cuando la evidencia difiere drásticamente de la práctica clínica habitual basada en la experiencia de años de actividad asistencial?

¿Qué mejorarías o cambiarías de nuestros clubes de revistas?

- Poco “ambiente” de MBE. Son contadas las iniciativas en cuanto a conciencia de MBE en el resto del hospital, y la nuestra quizás no ha conseguido el suficiente reconocimiento o difusión. Cuando pedimos permiso para ir a las sesiones, con frecuencia te encuentras con caras de asombro e incredulidad de los adjuntos de la planta. “¿MBE? ¿Y para qué necesitáis eso los residentes? ¡Éstos de familia...! Siempre perdiendo el tiempo en cosas raras.”

Por éste motivo en ocasiones a las sesiones participamos pocos, y esto resta variedad a los debates.

Se ha ofrecido a los residentes de las demás especialidades la posibilidad de participar en el Club. Si bien alguno ha acudido como oyente, todavía ninguno de ellos ha preparado una sesión. Sin embargo todos conocemos múltiples ocasiones en las que estos residentes han acudido a nosotros, “los de familia, que entienden”, para solventar dudas sobre búsqueda de información.

- Nuestra tendencia en ocasiones a seleccionar casos raros o curiosos de nuestra práctica médica hace que las conclusiones obtenidas no sean de una gran relevancia para nuestra formación.

Para evitar esto, a veces los temas son propuestos por los monitores, pero entonces algunos opinan que se le quita interés y espontaneidad a la preparación de las sesiones.

- La estadística nunca ha sido nuestra asignatura preferida, algunos creen que en las sesiones nos extendemos demasiado en esos aspectos, es algo que no vamos a hacer cuando tengamos una duda y busquemos un artículo por nuestra cuenta. Además, con lo atareados que estamos siempre, a veces es difícil buscar un hueco para que el tutor supervise la preparación de la sesión.

- Soporte audiovisual: Un ordenador con acceso a Internet y un cañón a nuestra disposición durante las sesiones las harían más dinámicas e interactivas.

Como resumen a todo lo anterior podríamos concluir

A pesar del poco tiempo del que disponemos los residentes, parece que esta “cosa” de la MBE es útil, no para saber más, sino para tratar mejor a nuestros pacientes, que es lo que nos interesa.

Cuando la metodología de la MBE se practica a menudo, se adquiere la suficiente agilidad como para que el esfuerzo merezca la pena.

Una mayor difusión de los Clubes de Revistas en nuestro ámbito nos enriquecería aún más, si bien la mejor publicidad se consigue practicando diariamente con el ejemplo allí donde estemos ejerciendo nuestra actividad clínica.

Bibliografía

- Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence based medicine. *BMJ* 1999;319:1618.
- Letelier LM, Moore P. La Medicina Basada en la Evidencia. Visión después de una década. *Rev Med Chile* 2003;131:939-46.
- Risdale L. MBE. Práctica en Atención primaria. Ed Mayo. Barcelona, 2000.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Londres, Churchill Livingstone, 1997.
- Sackett DL, Rosenberg W, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson W. EBM: What it is and what it is not. *BMJ* 1996;332:71-2.
- Vázquez Jiménez MM. Docencia en MBE. Visión del residente. Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Torremolinos.

MESA 2

La formación continuada en el momento actual

Moderadora: *G. Guerra de la Torre*

Médico de familia. Responsable de la Sección de Docencia de la semFYC.

Ponentes:

M.C. Fernández Alonso

Médico de familia. Servicio de Formación de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

C. Fuertes Goñi

Médico de familia. Secretaria de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.

J.A. Prados Castillejo

Médico de familia. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba.

A. Monreal Hajar

Médico de familia. Presidente de la Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Coordinador de la Unidad Docente de MFYC. Zaragoza.

Introducción

G. Guerra de la Torre

Ideas principales

- La formación continua para el profesional médico está actualmente iniciando un proceso de cambio.
- Estos cambios afectan a múltiples componentes de la misma.
- Los cambios de orden legislativo consideran la obligatoriedad de la formación continua en los profesionales sanitarios. Orientan la FC hacia los perfiles competenciales y contemplan el mantenimiento de la competencia de los profesionales y acreditación regular de la misma como uno de los objetivos de la formación. Es necesario conocer y ser conscientes de la existencia de estas normas y colaborar en su desarrollo.
- El médico de Familia hoy, tiene como referente para su formación continua, las áreas competenciales recogidas en el nuevo programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Los cambios que introducen nuevas competencias y métodos para su aprendizaje se recogen en el mismo. Es necesario adquirir competencia en estas áreas mediante programas de formación adecuados.
- Los cambios metodológicos afectan asimismo a la FC. Detectar las necesidades formativas utilizando métodos y herramientas adecuados para ello es básico en este proceso. Los profesionales, adultos, con experiencia, detectan sus necesidades de aprendizaje durante el diario ejercicio de su práctica. Nuevos métodos de evaluación de esta práctica ayudan a priorizar actividades formativas necesarias y útiles para los profesionales.
- Aprender para mejorar. Evaluar lo que hacemos, para mejorar. Pretendemos dar a conocer un instrumento de evaluación, el portfolio que favorece el aprendizaje frente a la evaluación "pura".
- Donde, quién, cuando, como.... Qué recursos utilizar para acceder a y organizar mi formación continuada. La acreditación de las actividades formativas y de los proveedores de formación.
- El papel de las Sociedades Científicas en el proceso de cambio de la formación continua.

Resumen

La mesa pretende establecer un debate acerca de los cambios que acontecen actualmente en la Formación continua, plantear como favorecer la aceptación y adaptación a estos cambios y realizar propuestas en este sentido. Estos cambios afectan desde a su propia terminología, definición y conceptualización, a cambios legislativos, en contenidos competenciales, en metodologías docentes y de evaluación. Se analizan cada uno de estos

componentes de la formación continua y su evolución en este inicial proceso del cambio.

Se describirán los tipos de recursos formativos que el médico de familia tiene a su alcance, los criterios de calidad que se deben exigir a las actividades formativas y qué aspectos tener en cuenta para organizar nuestra formación.

Por último, consideramos necesario manifestar la postura que la Sociedad Científica de Medicina de Familia plantea en este proceso y los proyectos que pretende poner en marcha como apoyo al cambio cultural que está aconteciendo en el plano formativo en nuestra profesión.

La formación continua en el nuevo marco legislativo

M.C. Fernández Alonso

Ideas principales

- El estatuto Marco de los trabajadores de los servicios sanitarios, la Ley de Cohesión y Calidad (LCC) y la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), conforman el nuevo marco legislativo actual respecto a la Formación Continua.
- Este nuevo marco legislativo supone un cambio cualitativo sin precedentes, que abre un horizonte de posibilidades aun en parte por concretar en el desarrollo de las leyes, y posibilita una nueva orientación de la FC hacia los perfiles competenciales, introduce la idea del mantenimiento de la competencia y establece el principio general en el ejercicio de las profesiones sanitarias de la formación continuada a lo largo de la vida profesional y de la acreditación regular de su competencia.
- Contempla el objetivo de mejora de la calidad de la Formación a través e la acreditación de actividades, centros y profesionales.
- El desarrollo de estas leyes supone un reto al que como profesionales, y como sociedad científica deberemos dar respuesta.

Resumen

El marco legislativo que regula actualmente la Formación Continua para los profesionales de la salud, viene determinado por la promulgación de 2 leyes: la Ley de Cohesión y Calidad (LCC) y la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y por la aprobación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Los objetivos que reconoce la LOPS para la FC son:

- Garantizar la actualización de conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
- Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de recursos sanitarios en relación con el beneficio individual social y colectivo que de tal unos pudiera derivarse.
- Generalizar el conocimiento por parte de los profesionales de los aspectos científicos, técnicos, legales, éticos, sociales y económicos del sistema sanitario.
- Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias ética que ello comporta.
- Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

Los aspectos clave que se contemplan en las leyes(LCC y LOPS) son:

- El reconocimiento la formación como derecho y deber con una orientación de la formación hacia la mejora de la competencia profesional.
- La introducción de la idea del mantenimiento de la competencia y contempla la acreditación regular de la misma en orden a determinar la continuidad en la habilitación para poder seguir desempeñando su ejercicio profesional.
- Contempla la integración de la formación, reconociendo la disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.
- La mejora de la calidad de la Formación a través de la acreditación de actividades, centros y de profesionales.
- Revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos de los profesionales a la evolución científica y técnica y las necesidades sanitarias de la población.

- Establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales y del funcionamiento del propio sistema de formación.

El desarrollo de estas leyes corresponde a las Comunidades Autónomas, aunque el estado debe garantizar su desarrollo y la aplicación de las mismas con la homogeneidad suficiente para no generar inequidades en el sistema y desequilibrios territoriales que puedan afectar a la movilidad de los profesionales.

El estado ha previsto a este respecto herramientas para su desarrollo como son:

- Creación de la Comisión de Recursos Humanos que se desarrollará, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas y tiene como funciones:
Actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos.
Definición de criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales.

Otros órganos de participación previstos para facilitar el desarrollo de la ley:

- Foro Profesional que será un marco de diálogo e información sobre la formación de postgrado, continuada y sobre los requisitos formativos, de evaluación y competencia de profesiones sanitarias.
- Comisión Consultiva Profesional que será el órgano de participación de los profesionales en el sistema sanitario.
- Foro Marco para el dialogo social.

El Consejo Interterritorial como máximo órgano de coordinación deberá adoptar criterios comunes sobre:

- Formación continuada.
- Carrera profesional.
- Evaluación de competencias.

Creación de la comisión de formación continuada con el objetivo de:

- Armonizar el ejercicio de las funciones que las administraciones sanitarias públicas y demás instituciones y organismos, ostentan en esta materia.
- Coordinar las actuaciones que se desarrollan en este campo.

Otros ámbitos necesarios de colaboración:

- Colaboración permanente entre las Administraciones públicas competentes en materia de educación y sanidad.
- Concertación de las Universidades y los centros docentes de formación profesional y las instituciones y centros sanitarios, a fin de garantizar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran.

La Comisión de Recursos Humanos se constituyó en el mes de junio y desde entonces viene funcionando. También la Comisión Técnica de Formación Especializada y la de Desarrollo Profesional, y es inminente la constitución de la Comisión de Formación Continuada.

Sabemos que este marco legislativo, es solo un horizonte de posibilidades, necesario pero no suficiente para que el cambio en la formación continuada sea una realidad.

El desarrollo de las leyes compete en gran parte a las CCAA. El trabajo conjunto de éstas con el Ministerio de Sanidad para poner en marcha herramientas que permitan, impulsen y faciliten la implantación de la ley, (Comisión de RRHH, Comisión de FC, Foro profesional etc.), ha de ser una tarea sinérgica entre las distintas instituciones implicadas; solo así se podrá conseguir consensuar criterios comunes para la acreditación, de actividades, centros y personas, así como para su reconocimiento en el desarrollo profesional y para los procedimientos de recertificación. Conseguir este consenso puede ser un elemento clave para garantizar la homogeneidad necesaria en los distintos ámbitos territoriales.

Quizás los primeros retos a afrontar serían:

1. La definición de los perfiles competenciales de los distintos colectivos sanitarios. Conocer el mapa de competencias es el primer paso para una formación orientada al mantenimiento y la mejora de las mismas. En esta misión pueden jugar un papel importante las sociedades científicas.
2. Consensuar criterios comunes para la acreditación de actividades, centros y profesionales que imparten FC.

3. Consensuar criterios comunes para el reconocimiento de la formación y la certificación de la competencia, así como para su ponderación para la carrera profesional.
4. La participación en las Comisiones Técnica de Formación de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, donde la representación de las Sociedades Científicas y del Consejo Nacional de Especialidades pueden desempeñar un papel de asesoría técnica, relevante.
5. Abordar el desarrollo de planes integrados de formación que contemplen no solo la formación continuada, sino la formación de postgrado y pregrado, como un continuum, en la medida de las competencias específicas de las instituciones para cada una de ellas y con la colaboración permanente entre las Administraciones públicas competentes en materia de educación y sanidad
6. Necesidad de revisar y adaptar las metodologías docentes a las exigencias de una nueva orientación de la formación en el ámbito sanitario.
7. Necesidad de desarrollar metodologías evaluativas de la formación que nos permitan conocer su impacto en la competencia y en el desempeño profesional.

El compromiso de profesionales e instituciones es necesario para que las expectativas de cambios en la FC generadas por este nuevo marco normativo se traduzcan en la mejora continua de la práctica profesional.

Instrumentos de identificación de las necesidades formativas: autoevaluación de competencias

J.A. Prados Castillejo

Ideas principales

Las técnicas de evaluación de competencias basadas en el cuarto escalón de Miller (análisis de la práctica) son las más adecuadas para valorar la capacidad profesional de un médico de familia:

- El portafolio se apunta como una técnica de gran futuro como herramienta de autoevaluación y recertificación

Resumen

Es necesario el desarrollo de herramientas que ayuden a priorizar unas actividades formativas frente a otras. Hoy la tendencia es a utilizar técnicas de evaluación del cuarto escalón, es decir, aquellas que miden lo que realmente hace el profesional con sus pacientes y en su entorno. Dentro de este escalón se encuentra el Portafolio, que consiste en la recogida por parte del propio profesional de aquella documentación clínica o no en la que se puedan encontrar evidencias de que una determinada competencia se encuentra presente. Esta documentación puede dejarse al análisis del propio profesional (Portafolio formativo) o puede evaluarse externamente (Portafolio evaluativo). Al potenciar la autorreflexión y autoevaluación por el profesional, se perfila como una herramienta de futuro en el aprendizaje de adultos.

FORO 1

Aplicación del nuevo programa de la especialidad en las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria: situación, condicionantes

Moderador: *E. de Serdio Romero*

Médico de familia. Vocal de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

FORO 2

Los profesores universitarios de Medicina Familiar y Comunitaria: situación, contenidos de MF en cada Universidad, perspectivas de futuro

Moderador: *P. Bonal Pitz*

Médico de familia. Profesor Asociado de la Universidad de Sevilla. Coordinador de Pregrado de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

FORO 3

Los estudiantes de Medicina ante la aplicación de la nueva normativa europea

Moderadores:

E. Píriz López

Presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM).

I. Lara Ruiz-Granados

Representante de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

FORO 4

El aprendizaje de campo de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en el hospital

Moderador: *E. Gordillo Urizal*

Cirujano. Jefe de Estudios y Presidente de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario de Valme. Tutor Hospitalario de la Unidad Docente de MFyC. Sevilla.

FORO 5

Experiencias e instrumentos docentes novedosos (1ª parte)

Moderador: *E. González Hidalgo*

Médico de familia. Coordinador de la Unidad Docente de MFyC. Ciudad Real.

FORO 6

Experiencias e instrumentos docentes novedosos (2ª parte)

Moderador: *E. González Hidalgo*

Médico de familia. Coordinador de la Unidad Docente de MFyC. Ciudad Real.

TALLER 1

La exploración física en Medicina de familia

Docentes:

J.M. Cots Yago

Médico de familia. Profesor Asociado de la Universidad de Barcelona. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona.

R. Descarrega Queralt

Médico de familia. Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili, Reus. EAP Reus 3 - Sant Jordi, Reus.

TALLER 2

El tutor día a día: estrategias e iniciativas

Docentes:

A. Toro de Federico

Médico de familia. CS La Mojonera. Almería.

H. Moreno Martos

Médico de familia. Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria. Almería.

Objetivos

Conocer dificultades prácticas habituales en la labor diaria del tutor de residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC) y proporcionar iniciativas para solventar las mismas.

- Detectar dificultades en la tutoría de residentes de MFyC en cuanto a:
 - Relación tutor-residente.
 - Relación tutor-residente-paciente.
 - Adquisición de conocimientos y habilidades por el tutor y el residente.
 - Afrontamiento del estrés derivado de la tutorización.
- Ofrecer posibles soluciones (iniciativas y estrategias) para responder a dichas dificultades.