



COMUNICACIONES ORALES

XII Encuentro Nacional de Tutores y Jefes de Estudios de Formación Sanitaria Especializada

Bilbao, 23-25 de septiembre de 2015

Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada. SEFSE-AREDA



RECONOCIMIENTO DE LA LABOR DE TUTOR DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Ros Rodrigo, Fernando¹; Bosch Fitzner¹, Alejandro; Oliver Juan, Francisca¹; Borrás Rosselló, Isabel¹; Vicens Gómez, José María¹; Gelabert Carrière, Agathe²

¹Servei de Formació Sanitària. Direcció General Salut Pública i Consum. Illes Balears. ²Servicio de Urgencias. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Antecedentes: Existe un escaso conocimiento sobre qué consideran los tutores de cómo debe ser reconocida su labor. **Objetivos:** Conocer qué medidas consideran los tutores más relevantes para reconocer su actividad en el futuro. **Material y métodos:** Se envió por mail un formulario, mediante Google Docs, a los tutores de FSE de nuestra comunidad. Se preguntó sobre la Unidad Docente perteneciente, los años de experiencia tutorial, el número de horas dedicadas a labor tutorial y el conocimiento de normativa que regula disponibilidad horaria. Sobre el sistema de reconocimiento a su labor como tutor debían priorizar: tiempo para realizar la labor tutorial, complemento retributivo, reconocimiento en carrera profesional, formación específica en competencias tutoriales o consideración como mérito en bolsas de trabajo, oposiciones. También se encuestó sobre la acreditación de tutores. **Resultados:** Respondieron el 49.39% de los tutores, con una media de 6 años de experiencia. El 54.1% no conocía la existencia de normativa autonómica. Los que sí la conocían responden 9.3 horas mensuales. Dedicar 20 horas al mes. Sobre el reconocimiento de su labor consideran que es muy prioritario el tiempo para la realización de su tarea 62.3%, reconocimiento en carrera profesional 71.3%, formación específica en competencias tutoriales 56.6% y reconocimiento en bolsas de trabajo y oposiciones 41.8%; prioritario el complemento retributivo 48.4%. Dentro de otros reconocimientos destaca la facilitación para inscripción en formación continuada. Respecto a la acreditación de tutores, el 47.5% consideran que debería ser común y establecida por la Consejería. **Conclusiones:** Los tutores de nuestra comunidad que contestaron a la encuesta tienen una experiencia media de 6 años y se desconoce por la mayoría la existencia de normativa que les permite dedicar tiempo a su labor tutorial. De cara al reconocimiento futuro, prima el reconocimiento en la carrera profesional y tiempo para la realización de sus funciones como tutores.

MODERNIZACIÓN DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN UN HOSPITAL GENERAL PEDIÁTRICO: FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS

Martínez Álvarez, Gloria¹; Godoy Sánchez, Laura¹; Morán-Barrios, Jesús²; Ruiz de Gauna, Pilar³

¹Hospital General Pediátrico "Niños Acosta Ñu". Asunción. Paraguay. ²Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. ³Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa. Bizkaia

Antecedentes: En nuestro país, la formación especializada (FE) (postgrado universitario de 3 años) se basa en un sistema de trabajo asistencial, clases teóricas y evaluación de conocimientos sin coherencia. La ineficacia del modelo y la obligada adaptación a nuestras necesidades sociosanitarias nos motivó a diseñar un nuevo sistema de formación basándolo en competencias. **Objetivos:** Diseño e implementación de un programa de formación basado en competencias (FBC) para especialistas de Pediatría. **Material y métodos:** 1.º Formación (año 2013) de los pediatras (facultativos) en las claves de la FBC a cargo de expertos en Educación Médica. 2.º Diseño del programa: se adoptó el modelo de competencias de un hospital español basado en siete Dominios Competenciales (7DC): Profesionalidad/Cuidados del paciente/Comunicación/Conocimientos/Práctica basada en el contexto del sistema de salud/Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua/Manejo de la información. Se definieron: el Perfil del pediatra y las competencias de cada área clínica agrupadas en 7DC; las tareas/actividades específicas para alcanzar las competencias y nuevos métodos de evaluación (observación, 360º y autoevaluación). 3.º Implementación (2014): compromisos de la dirección y jefaturas; nombramiento de tutores y funciones; difusión entre los profesionales y residentes. 4.º Auditoría internacional por: el Global Pediatrics Education Consortium (GPEC), American Board Pediatrics (ABP) y Foro de Sociedades nacionales de Pediatría de la región (FSNPR). **Resultados:** 1.º Inclusión en el programa de 40 residentes (1.º a 3.º año). 2.º Aceptación de los nuevos métodos de evaluación con implicación de: jefes de unidad, residentes, personal sanitario y familias. 3.º Reconocimiento por las instituciones pediátricas internacionales más importantes (GPEC, ABP y FSNPR). **Conclusiones:** 1.º Es posible transformar un sistema de formación tradicional hacia otro basado en competencias. 2.º De evaluar solo conocimientos se ha pasado a evaluar el desempeño. 3.º Nuestro hospital ha sido escogido como piloto para implementar la FBC en nuestro país y es pionero en la región.

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA. ¿ES ÚTIL LA CERTIFICACIÓN ISO?

González Anglada, Isabel¹; Sanmartín Fenollera, Patricia¹; Moreno, M. Carmen; Ocaña¹, Javier; Cruz, Elisa¹; Fernández, Silvia²

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

²Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Antecedentes: La Formación Sanitaria Especializada está sometida a un estricto control de calidad por el Ministerio de Sanidad. En la acreditación de Centros y Unidades Docentes y en las auditorías posteriores se requiere la implantación de un plan de gestión de calidad docente (PGCD). **Objetivos:** Desarrollar un PGCD que cumpla con los requisitos del Ministerio y de la norma ISO. Evaluar el modelo. **Material y métodos:** El PGCD se estructuró según norma ISO 9001:08, basado en los criterios de calidad del Ministerio y se integró dentro del Sistema de Calidad del Hospital. Las herramientas para la mejora han sido la solidez documental de la Comisión de Docencia (CD), la participación de todos los miembros de la CD, un cuadro de mandos eficiente, las auditorías internas y externas, y las encuestas de satisfacción de residentes y tutores. **Resultados:** Se define el mapa de Docencia integrado por 8 procesos: Acreditación de Unidades Docentes y la Acogida a los residentes, la Acreditación de tutores, la Formación del Residente, la Evaluación del Residente, la Evaluación de la Docencia y la Comisión de Docencia. Los objetivos de Calidad Docente se centran en la mejora de las competencias de residentes, tutores, gestión docente y la contribución a la difusión del conocimiento. Se han realizado 5 acciones correctivas, 7 preventivas y 15 de mejora. La encuesta de satisfacción de los residentes obtuvo un 100% satisfechos o muy satisfechos y en la media de las competencias de las rotaciones un 8,3 sobre 10. El resultado ha sido la certificación ISO de la Formación Sanitaria Especializada la revalidación del sello de excelencia. **Conclusiones:** la certificación ISO permite aunar calidad con formación en competencias y profundiza en el ciclo de mejora continua de la docencia. Puede ser útil a los evaluadores del Ministerio y servir de orientación a otras Comisiones.

KIROZAINBIDE; GUÍA INTERACTIVA PARA LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Bereziartua Gutiérrez, Susana; Latorre García, Consuelo; Montesinos Alonso, Rosa María; Laca Izaguirre, Lexuri; Barajas García, María Carmen; Orive Sobera, María Aranzazu; Orio López, María Pilar

Hospital Galdakao-Usánsolo. Bizkaia

Antecedentes: El proyecto nace en 2003 en el Hospital de Galdakao-Usánsolo con la idea de renovar los protocolos quirúrgicos. Se detectan carencias en la docencia del personal de nueva incorporación y comienza la elaboración de una nueva herramienta *online* que aúne la transmisión oral y la evidencia científica. **Objetivos:** Gestionar el conocimiento enfermero para reducir la variabilidad en la práctica quirúrgica mediante la implantación de las TIC. **Objetivos específicos:** 1. Mejorar los protocolos de intervenciones quirúrgicas existentes, evaluando y unificando criterios de actuación. 2. Diseñar una herramienta de docencia y formación continuada, utilizando un formato de navegación dinámico, claro, preciso y accesible. 3. Combinar la evidencia científica con la experiencia y el uso de las TIC estructurando equipos de trabajo. **Material y métodos:** Se ha seguido la metodología PDCA (*plan, do, check, act*) para elaborar una página interactiva en soporte Wiki-media que abarque todo el proceso quirúrgico. **Resultados:** Se ha obtenido una potente herramienta de aprendizaje y difusión del conocimiento que ha recibido un alto grado de aceptación tanto a nivel nacional como internacional. En Calidad, Kirozainbide ha sido reconocida como: • Mejor Buena Práctica de Innovación Euskalit

2010. • EFQM Highly Recommended Innovation Good Practice 2010 (internacional). En foros profesionales: • Premio a mejor comunicación Congreso SEMDE. 2010. • Premio a la mejor comunicación en el Congreso Nacional de Enfermería en ORL. 2011. • Ponencia en el International Summit of perioperative nursing. AORN. San Diego. 2013. **Conclusiones:** Es una herramienta de gestión del conocimiento que contribuye a la Formación Continuada del personal, adaptándose a los últimos avances tecnológicos. Útil para la docencia de alumnos de Enfermería, en formación de postgrado y personal de nueva incorporación. Es una fuente de conocimiento corporativo, con accesibilidad *online* desde todos los PC de la red de Osakidetza. Es versátil y aplicable a otros procesos y profesionales.

DIFICULTADES Y ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Oltra Rodríguez, Enrique¹; Mármol López, María Isabel²; Mari i Puget, Guillermina³; Gras Nieto, Elvira⁴; Martínez Albert, Carolina⁵; Holgado Fernández, Ana⁶

¹Facultad de Enfermería de Gijón. Asturias. ²Dirección de Atención Primaria. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Valencia. ³Servicio de Planificación y Gestión Clínica. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. ⁴Centro de Atención Primaria del Clot. Barcelona.

⁵Hospital Universitari La Fe. Valencia. ⁶Atención Primaria Área III. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias

Antecedentes: La formación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) lleva 5 años desarrollándose dentro de las Unidades Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria sin que haya sido tutelada ni evaluada. **Objetivos:** Conocer qué dificultades se están encontrando en el desarrollo de la formación de EFyC y cómo se están superando en las distintas Unidades Docentes. **Material y métodos:** Una sociedad científica de ámbito nacional ha convocado a una reunión a las 92 subcomisiones de EFyC. Acudieron 42 asistentes de 29 Unidades Docentes pertenecientes a 11 Comunidades Autónomas. Se trabajó mediante Técnica de Grupo Nominal, en grupo de 8-10 personas con un dinamizador y un observador por grupo. Se registraron las aportaciones y fueron ratificadas por los participantes en reunión del grupo completo. Se realizó análisis del discurso según la Teoría Fundamentada con apoyo del programa informático de análisis cualitativo MAXQDA. **Resultados:** Se han detectado múltiples dificultades; entre las más significativas están: • Falta de reconocimiento y formación de los tutores. • Inexistencia del libro del residente. • Conflictos internos en las Unidades Docentes y escasa dedicación de la Presidenta de la Subcomisión. • Desconocimiento de la figura del residente de EFyC en los dispositivos asistenciales por donde rotan. • Complejidad del programa de la especialidad. Como fortalezas para su superación, entre otras: • La ilusión, motivación y compromiso de tutores y Presidentas de Subcomisión. • Diseño del libro del residente propio de cada Unidad Docente. • La gran experiencia profesional de las tutoras y la autonomía de enfermería en atención primaria. **Conclusiones:** Es necesario un análisis y una apuesta decidida por parte de los organismos responsables, así como que se incremente el apoyo real a Subcomisiones y tutores.

CAMBIOS EN LA ESTRATEGIA DOCENTE DE FORMACIÓN EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DURANTE LA RESIDENCIA

Valero Marcet, Mireia; Casals Riera, Ramon; Griñó Guimera, Araceli; León Pizarro, Concha; Corredera García, Maite; Aranda Sánchez, Miguel

Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

Antecedentes: La formación en habilidades de comunicación (FHC) del profesional sanitario se relaciona con una mayor satisfac-

ción del paciente y una menor prevalencia de *burnout* en el profesional. La Psicología Positiva (PP) aporta recursos útiles para el autocuidado del profesional. La FHC durante toda la Formación Sanitaria Especializada (FSE) y la introducción de la PP pueden ser de utilidad. **Objetivos:** Presentar el nuevo proyecto de FHC de nuestra institución y la valoración de los participantes en el primer año de implementación. **Material y métodos:** Programa de FHC y entrevista clínica (EC) realizado a lo largo de toda la FSE para los residentes de todas las especialidades médicas y de enfermería. Formación total de 50 horas. Curso anual de 12,5 h obligatorias los tres primeros años y curso opcional de 12,5 h el cuarto año. Formación teórico-práctica con metodología activa centrada en el residente: *role-playing*, videograbación (*feedback*) y análisis de incidentes críticos. Formación en PP y registro de un diario de aprendizaje. Evaluación de la satisfacción mediante cuestionario a los residentes de primer año. **Resultados:** Participantes N = 23. Valoración global del curso 100% positiva, 91% bien o excelente; valoración de la metodología utilizada 100% positiva, 87% bien o excelente. Valoración de la formación en PP. Interés y utilidad 87% positivo, 74% alto o muy alto. Interés en seguir profundizando en los años siguientes 82% positivo, 70% alto o muy alto. **Conclusiones:** La modificación de la FHC y la EC pretende una mayor satisfacción del paciente y la prevención del *burnout* en los futuros profesionales. La introducción de formación en PP durante la FSE tiene como objetivo el autocuidado del profesional. Hay una alta satisfacción de los residentes de primer año con los cambios en la FHC y EC, así como con la introducción de la PP en el programa de formación.

PERCEPCIÓN DE RESIDENTES HOSPITALARIOS SOBRE EL PROFESIONALISMO MÉDICO

Pérez Morán, Eva¹; Morán-Barrios, Jesús¹;
López Luperena, Ignacio¹; Cairo Rojas, Guillermo²;
González García, María Jesús¹

¹Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. ²Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Bilbao

Antecedentes: Numerosas organizaciones profesionales y educativas médicas han manifestado su preocupación por la conducta profesional y enfatizan la necesidad de incorporar el profesionalismo en la formación de grado, especializada y desarrollo profesional continuo. **Objetivos:** Identificar la percepción y la posición de residentes hospitalarios respecto al profesionalismo. **Material y métodos:** Taller semipresencial para residentes de 3.º y 4.º año de un hospital terciario. 1.º) Objetivos: a) Identificar los componentes del profesionalismo; b) Su importancia para la mejora personal y de la organización; c) Factores que le influyen; d) Cómo aprenderlo y enseñarlo. 2.º) Metodología educativa: Andragogía. a) Presencial: autoevaluación de comportamientos mediante formulario "ad hoc" e incidentes críticos; trabajo en grupos y plenario analizando escenarios basados en situaciones reales para deducir los principios del profesionalismo (Medical professionalism in the new millenium. Ann Intern Med. 2002;136:243-6); b) No presencial: lecturas pre-taller y trabajo reflexivo post-taller con preguntas guía: ¿qué limita la práctica del profesionalismo?, ¿cómo lo percibimos?, ¿cómo es nuestra práctica?, ¿está en peligro la buena práctica? Propuestas de mejora. **Resultados:** Asistentes 121 (3 ediciones). 1.º) Valoración del taller (55 registros): taller y autoevaluación muy útil para su mejora profesional (94%); escenarios adecuados (100%); metodología apropiada (81%); recomendarían el taller (87%). 2.º) Trabajo reflexivo (96 registros): 78% conocían aspectos del profesionalismo; para más del 90% la puesta en práctica está limitada por: su desconocimiento entre profesionales, presión y modelo asistencial, escaso tiempo para el debate, crisis económica, medicina defensiva,

tecnología y deshumanización, conflictos de intereses y actitudes paternalistas. Mejoras propuestas (más del 90%): autoevaluación, evaluaciones periódicas en equipo, fomentarlo mediante talleres/cursos/sesiones al personal sanitario y mejorar la organización laboral. **Conclusiones:** 1.º) Taller útil y tema muy importante para su vida profesional. 2.º) Para implementar el profesionalismo reclaman cambios en las formas de trabajo y actitudes colectivas y proponen formación a otros profesionales, evaluación en equipo y autoevaluación periódica.

UTILIDAD DEL INCIDENTE CRÍTICO COMO HERRAMIENTA DOCENTE

Moreno Gómez, José Luis; Seijas Betolaza, Iratxe
Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia

Antecedentes: Incidente crítico es todo aquel suceso que nos causa perplejidad, inquietud, por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados y que motivan una reflexión del profesional. Se trata de aprender de estos sucesos, para en el futuro, evitar que se vuelvan a producir y estar mejor preparados para superarlos. **Objetivos:** A través de la elaboración de un informe de Incidente Crítico y un debate del mismo dentro del grupo de residentes, de la reflexión personal/grupal, pretendemos realizar una práctica reflexiva y responsable de la medicina, a la vez que conseguimos aprender de nuestros errores y aumentar nuestro crecimiento profesional desde la reflexión y la retroalimentación positiva. **Material y métodos:** Serie de casos clínicos y experiencias profesionales de carácter personal, debidamente "fotografiadas" en un informe de Incidente Crítico y posteriormente debatidas con el tutor, o en el grupo de residentes, con el fin de aprender de los errores y mejorar nuestra práctica clínica. Se precisa dicho informe, redactado por uno de los profesionales y posteriormente el grupo de debate. Al menos debemos realizar uno o dos casos por año, y siempre que suceda un evento de interés profesional. **Resultados:** Con esta práctica docente hemos conseguido reforzar nuestras actividades docentes aportando un elemento de crecimiento profesional muy personal pero que a la vez aporta reflexión y tratamiento conjunto de los problemas y las soluciones. Es importante la figura del tutor como catalizador del debate y responsable del crecimiento del grupo. **Conclusiones:** La práctica y el debate de Incidentes Críticos aporta al profesional trabajar en diversas competencias fundamentales, a saber: profesionalismo, comunicación, cuidados del paciente y habilidades clínicas, conocimientos médicos, práctica basada en el sistema de salud y práctica basada en el aprendizaje y mejora continua. Asimismo, aporta reflexión y crecimiento profesional, retroalimentación positiva, autoaprendizaje y autoevaluación.

LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN LA FORMACIÓN EN COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: DESDE LA SEGURIDAD AL PROFESIONALISMO. VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

González Anglada, M. Isabel; Garmendia, Cristina;
Moreno Núñez, Leonor; Serrano, M. Luz; Huelmos, Ana Isabel;
Cacho, Guillermo

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid

Antecedentes: La simulación clínica es un método de aprendizaje en la acción de elevado impacto docente. Durante la simulación de alta fidelidad se presentan casos clínicos similares a los reales y busca mejorar conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para resolver con mayor eficiencia problemas clínicos. **Objetivos:** Valorar la mejora tras la simulación de las competencias: conoci-

mientos, habilidades, manejo de la información, comunicación, uso de recursos, trabajo en equipo, seguridad y profesionalismo. **Material y métodos:** Se realiza una encuesta a alumnos de los cursos "Aprendizaje de seguridad del paciente a través de simulación clínica". Se simulan casos clínicos que presentan situaciones de crisis. La encuesta consiste en tres preguntas de texto y un cuestionario cuantitativo sobre competencias que valora con escala Likert (4 = muy satisfactorio, 0 = muy insuficiente); además se realiza la encuesta de satisfacción del centro con una puntuación de 0 a 10. Se realizan 3 cursos con 10 enfermeras, 10 residentes y 10 especialistas. Se obtienen 29 encuestas con una valoración global de 9,5 en cuanto a contenidos, utilidad para el trabajo 9,7, interés despertado y respuesta a las expectativas 9,6. Los alumnos evaluaron las competencias desarrolladas en las actividades de simulación y que consideran haber mejorado (1-4): Seguridad del paciente, 3,83; Trabajo en equipo y priorización, 3,79; conocimientos clínicos, 3,76; Profesionalismo y liderazgo, 3,72; comunicación, habilidades técnicas y uso de recursos, 3,55; Manejo de la información, 3,52. Todos consideraron que había sido útil para mejorar el desempeño y un 83% muy útil. **Conclusiones:** La simulación de situaciones clínicas es una actividad que tiene una alta eficiencia en el aprendizaje por competencias ya que desarrolla tanto habilidades como conocimientos, liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, uso de recursos, manejo de la información, profesionalismo y seguridad. El impacto sobre la mejora en el desempeño profesional es reconocido por los profesionales.

UTILIDAD DE LA SIMULACIÓN EN LA FORMACIÓN PREGRADO Y POSTGRADO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Gómez Cortés, Borja; Azkúnaga Santibáñez, Beatriz; González Balenciaga, María; Mintegi Raso, Santiago; Ballesterio Díez, Yolanda; Benito Fernández, Javier

Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia

Objetivos: Identificar, a través de la simulación robótica, áreas de mejora en la formación de los Médicos Internos Residentes (MIR) y estudiantes de Medicina (EM) en relación con la aproximación al paciente grave en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) y al manejo de patologías habituales en esta área. **Material y métodos:** En junio 2013 se inició el registro electrónico de todos los ejercicios de simulación realizados en nuestro SUP. Seis instructores realizan sesiones semanales de simulación (maniquí de simulación avanzada Simbaby®) a MIR de Pediatría (MIR-P) y de Medicina Familiar y Comunitaria (MIR-MFC) y EM de sexto curso, utilizando escenarios prediseñados para diferentes niveles formativos. El formulario incluye 16 ítems comunes a todos los escenarios sobre aproximación al paciente crítico y valoración del ABC e ítems específicos para cada patología concreta. El desempeño global se puntúa del 1 al 10. **Resultados:** Durante los dos primeros años, se registraron 581 ejercicios: EM 166; MIR-P del hospital 228; MIR-P externos 73; MIR-MFC 113. En casi todos los ítems comunes se incrementó progresivamente el porcentaje de alumnos que los realizó correctamente desde el grupo de los EM a los MIR-P2. En ítems más complejos como "realización de revaluaciones regladas" y "capacidad de liderazgo" así como en la puntuación global media obtenida se siguió incrementando en los MIR-P3 y 4. El registro permitió identificar escenarios con un peor desempeño global (deshidratación para los EM, convulsión para los MIR-P1, sepsis para los MIR-MFC) y acciones concretas en las que incidir, como la adecuada apertura de vía aérea en una convulsión activa, medidas de prevención de contagio en sepsis o la realización correcta de maniobras vagales en la taquicardia supraventricular paroxística. **Conclusiones:** La simulación robótica en urgencias de pediatría permite identificar tanto aspectos positivos como de mejora en la formación médica pregrado y postgrado.

PROGRAMA DOCENTE DE NEUROCIRUGÍA BASADO EN COMPETENCIAS: MOTOR DE CAMBIO

Carrasco González, Alejandro; Catalán Uribarrena, Gregorio; Pomposo Gaztelu, Iñigo; Morán-Barrios, Jesús; Pérez Morán, Eva María

Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia

Antecedentes: La formación médica especializada en nuestro medio se ha desarrollado de una manera poco estructurada y excesivamente centrada en aspectos científico-técnicos. La formación basada en competencias (FBC) permite orientar la formación hacia las necesidades sociosanitarias con el profesionalismo como fundamento. **Objetivos:** Exponer las bases y diseño de un programa de FBC para residentes de 1.º año de Neurocirugía como clave para la transformación docente. **Material y métodos:** 1.º) Formación de tutores en fundamentos y metodología de la FBC. 2.º) Adopción del modelo de nuestro centro basado en 7 Dominios Competenciales (7DC): Profesionalidad/Cuidados del paciente/Comunicación/Conocimientos/Práctica basada en el sistema de salud/Práctica basada en el Autoaprendizaje y mejora continua/Manejo de la Información. 3.º) Para cada rotación se han definido las competencias a adquirir, estructurándolas en los 7DC, y las tareas para alcanzarlas. 4.º) Consenso entre el Servicio de Neurocirugía y tutores de las especialidades de rotación. **Resultados:** 1.º Programa con competencias concretas y alcanzables para cada rotación aprobado por la Comisión de Docencia. 2.º Desarrollo de nuevos métodos formativos basados en el autoaprendizaje y la autoevaluación. 3.º Compromisos entre los facultativos del Servicio de Neurocirugía, tutores de las rotaciones y residentes. **Conclusiones:** 1.º Este programa de FBC permite estructurar con mayor coherencia los objetivos formativos y facilitar las tareas docentes de los educadores de otros Servicios ajustándolas a las necesidades de nuestros residentes, adaptándolas a las características de nuestro Centro. 2.º Somos conscientes de que el proyecto está en su comienzo (en elaboración años 2.º a 5.º), pero ya hemos iniciado un cambio cultural y una transformación del modelo educativo en nuestra especialidad, que puede hacerse extensivo a la del Grado de la que somos responsables. 3.º No tenemos referencias de otro modelo similar en Neurocirugía en España.

AHORA SÉ QUÉ ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Arranz Maroto, Luis José; Díaz Pérez, Olga; Martínez de la Eranueva, Rafael; Gracia Ballarín, Rafael

Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Álava. Vitoria-Gasteiz. Álava

Antecedentes: El programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria recoge la necesidad de desarrollar la atención a las situaciones de riesgo familiar y social, con competencias específicas de atención a las personas en exclusión social, al paciente discapacitado y a la violencia familiar. El estigma se reconoce especialmente en las dos primeras, cuyo desarrollo se encuentra muy limitado durante los cuatro años de la especialización. **Objetivos:** Desarrollar desde la Unidad Docente una experiencia de rotación por el área de discapacidad que pretende conocer a estos pacientes, mejorar su atención y coordinar sus cuidados. **Material y métodos:** Rotación durante 2 semanas por tres dispositivos diferentes en los que se atiende a personas con discapacidad intelectual, física y daño cerebral adquirido. **Resultados:** En cuanto a la atención, se pretende aclarar situaciones que nos ayuden a tener más claro qué "hacer" y qué "no hacer" en personas a las que su propio estigma ya coloca en la situación de diferentes, produciéndose inequidades frecuentes. Es recurrente, para justificar el abandono, señalar que ya poseen los recursos específicos que otras instituciones del ámbito social les proveen. Para facilitar la coordinación avanzamos en la relación con los cuidadores (quienes demandan más implicación y señalan las resistencias que encuen-

tran en parte de los profesionales sanitarios), y con el resto de los profesionales implicados. Esta interacción cara a cara ocurre en cualquier proceso colaborativo que pretendamos poner en marcha con el único objetivo de resolver las necesidades de salud que nuestros pacientes presenten. **Conclusiones:** Las dificultades principales las encontramos en el ámbito de la comunicación (incluso diferencias en la expresión sintomática), en las intensas emociones que despiertan en nosotros y en la, a veces, difícil relación con las familias. Todo esto hace que la experiencia haya resultado difícil y dura pero tremendamente enriquecedora.

FORMACIÓN EN LÍNEA BASADA EN COMPETENCIAS: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA

González de Dios, Javier¹; Hijano Bandera, Francisco²;
Ochoa Sangrador, Carlos³; Villaizán Pérez, Carmen⁴;
Equipo Continuum⁵; Málaga Guerrero, Serafín⁶

¹Hospital General Universitario de Alicante. Universidad Miguel Hernández. Alicante. ²Centro de salud Monterozas. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid. ³Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ⁴Centro de salud de Sonseca. Toledo. ⁵García Salido, Alberto; Garrido Pedraz, José María; Molina Arias, Manuel; Pavo García, M. Rosa; Praena Crespo, Manuel. ⁶Asociación Española de Pediatría

Antecedentes: Los médicos tienen el compromiso de mantener al día sus competencias y ser críticos en su ejercicio profesional. Internet ha supuesto una revolución en la distribución de la información y el conocimiento. En cuanto a las sociedades científicas, tienen la responsabilidad de responder a las necesidades de formación de quienes representan, diseñar estrategias para enlazar formación y práctica médica, y brindar una atención óptima a la población. Se presenta la experiencia de una plataforma de formación diseñada *ad hoc* por una sociedad científica, que partiendo del Core Curriculum, permite a los profesionales una formación basada en competencias. **Objetivos:** Partiendo de una visión holística de la especialidad y el Core Curriculum, se pretende establecer una relación directa entre las competencias requeridas y los contenidos de formación, de manera que aquel se constituya en la hoja de ruta para el diseño del programa formativo en línea basado en competencias. **Material y métodos:** La plataforma desarrolla distintas actividades para cubrir las competencias profesionales. Entre ellas cabe citar: cursos de formación y actividades individuales agrupadas en distintas secciones (imagen de la semana, casos clínicos interactivos, novedades bibliográficas y artículo destacado). **Resultados:** En los 2 años de andadura se han llevado a cabo 224 actividades formativas (9 cursos de formación y 215 actividades de formación individual), a través de las cuales los profesionales han podido adquirir 1960 competencias de un total de 8302, contenidas en el Core Curriculum. **Conclusiones:** La plataforma representa un hito en la formación de los especialistas, que les permite conocer las competencias que han de alcanzar, realizar las actividades formativas para su consecución y, en el caso de profesionales en ejercicio, obtener los créditos de formación que sirvan de aval de su desarrollo profesional, y en un futuro puedan ser de utilidad para la certificación periódica de las competencias.

VALIDACIÓN DE UN MODELO DE PERFIL PROFESIONAL PARA LA EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS DE RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Cervera Barba, Emilio; Rodríguez Monje, M.^a Teresa;
Pastor Rodríguez-Moñino, Ana; Ariza Cardiel, Gloria;
Polentinos Castro, Elena

Servicio Madrileño De Salud. Gerencia De Atención Primaria.
Madrid

Antecedentes: Los modelos habituales de evaluación de residentes presentan deficiencias como la indefinición del perfil profesional al que se tiende, la complejidad y parcialidad de los métodos de evaluación y la limitación de las calificaciones y ausencia de *feedback* a los residentes. **Objetivos:** Definir un modelo consensuado de perfil profesional para residentes de Medicina (MFyC) y Enfermería (EFyC) Familiar y Comunitaria que permita orientar la evaluación formativa a las competencias profesionales. **Material y métodos:** En una primera fase, se crearon tres grupos de trabajo constituidos por jefes de estudios, técnicos de salud y tutores de las especialidades de todas las UU.DD. autonómicas, dos para MFyC y uno para EFyC. Se estudiaron los principales documentos nacionales e internacionales con otros modelos ya definidos, incluidos los programas oficiales, y se definieron por consenso y posterior revisión por pares, los dominios competenciales y las principales competencias de cada dominio. Se sintetizó un modelo de dominios común para las dos especialidades, con especificidad de las competencias. En una segunda fase se someterán a la evaluación de grupos de tutores y residentes y se pilotarán como modelos de evaluación formativa antes de su aprobación definitiva. **Resultados:** Se consensuaron siete dominios competenciales (Valores profesionales, actitudes y comportamiento ético; Atención/Cuidados a la persona en su contexto; Competencia científico-técnica; Atención a la familia y la comunidad; Práctica en el contexto del sistema sanitario; Habilidades de comunicación y relación, y Mejora continua basada en el autoaprendizaje y la investigación) en los que se distribuyeron inicialmente por los tres grupos más de 200 competencias. Tras el trabajo se seleccionaron y sintetizaron un total de 60 competencias. **Conclusiones:** El diseño de un perfil profesional orienta a los tutores y residentes en la consecución de objetivos docentes y es de una gran ayuda para la evaluación integral y reflexiva de los residentes.

ENTREVISTAS TUTOR-RESIDENTE: ENCUENTROS PARA EL APRENDIZAJE

Arbonies Ortiz, Juan Carlos¹; Rodríguez Salvador, Juan José²;
Azcarate Lerga, Jaione³; Gonzalez Urío, Saioa⁴;
Urcelay Olabarria, Maite¹; Gago Moreda, Montserrat¹

¹Centro de Salud Beraun-Erreterria. Osakidetza. Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. ²Centro de Salud de Ortuella. Osakidetza. Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Bizkaia. Bilbao. Bizkaia. ³Centro de Salud Erreterria-Izteita. Osakidetza. Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa

Antecedentes: Las entrevistas tutor-residente son las herramientas recomendadas en el programa nacional de la especialidad para evaluar el plan formativo individual y la valoración reflexiva de los dominios competenciales. **Objetivos:** Mostrar la aplicabilidad de las entrevistas tutor-residente como herramienta de tutorización y facilitación del aprendizaje. **Material y métodos:** Se presenta, de forma narrativa, una muestra de experiencias significativas vividas en las entrevistas tutor-residente. Se aplicó el *feedback* constructivo: autorreflexión del residente, trabajo con sus dificultades, resaltar las competencias adquiridas y establecer un plan de aprendizaje y un método de comprobación del aprendizaje. **Resultados:** Experiencias vividas: “No voy a gusto a la rotación porque no me gusta cómo trabaja mi tutor...” Se trabajó la forma de adaptación del residente para conseguir aprender las competencias más adecuadas del tutor. “No puedo con mi rotación por paliativos, ya que lo paso mal con tanto sufrimiento.” Se trabajó con el modelaje y aprendizaje de las personas que trabajan en el servicio de paliativos. “El residente que se sentía maltratado en las urgencias.” Se identificaron las competencias del residente que eran adecuadas y aquellas deficitarias para mejorarlas. Se buscaron alternativas para mejorar la relación, entre ellas entre-

vistas con adjuntos de urgencias. “Estoy inseguro y me dejas solo con los pacientes.” Se trabajó con la red de seguridad y la asunción de responsabilidades progresivas. El tutor cambió pautas de tutorización. “Algo ha cambiado y el residente me pone malas caras.” La sobrecarga del tutor influía en la presión ejercida sobre el residente. El tutor incorporó algunas técnicas de gestión del tiempo. **Conclusiones:** Las entrevistas periódicas tutor-residente son herramientas de evaluación formativa fundamentales para la detección de problemas y sus posibles soluciones, muy útiles para el aprendizaje, tanto para residentes como para tutores.

LA PRIMERA ENTREVISTA TUTOR-RESIDENTE

Arbonies Ortiz, Juan Carlos¹; Calvo Alvarez de Argaya, Asier¹; Rodríguez Salvador, Juan José²; Urcelay Olabarria, Maite¹; De Sousa Alcalde, Nerea¹; Gago Moreda, Montserrat¹

¹Centro de Salud Beraun-Errearteria. Osakidetza. Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. ²Centro de Salud de Ortuella. Osakidetza. Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Bizkaia. Bilbao. Bizkaia

Antecedentes: Los primeros días de la rotación son muy importantes para la adaptación del residente. **Objetivos:** Exponer la experiencia de una primera entrevista Tutor-Residente (T-R). **Materiales y métodos:** Se presenta de forma narrativa la experiencia de la primera entrevista T-R de 1.º año de Medicina Familiar. Reflexión previa del residente y tutor. Tiempo 90 minutos. **Resultados:** Presentación mutua T-R individual y familiar, trayectoria profesional. Presentación del equipo, los compañeros, espacios, consultas, servicios y comunidad. Expectativas del residente: Disfrutar atendiendo a personas, trabajando la relación con los pacientes y el tutor. Aprender una medicina integral favoreciendo un paciente más activo y con un enfoque más social. Desarrollar una medicina biopsicosocial y comunitaria de calidad científico-técnica. Tutor como guía para autodesarrollo. Gestionar el tiempo y tener buen ambiente laboral preservando la vida personal. Miedos del residente: Repercusión excesiva en su vida personal. No trabajar aspectos comunitarios o sociales. Querer hacer demasiado y no hacerlo bien. El Sistema como obstáculo. Formación inadecuada. Mala relación con tutor y con otros residentes. “No verse como médico de familia”. Expectativas del tutor: Aprender y practicar mejor medicina, renovarse. Disfrutar y facilitar al residente que aprenda e innove. Transmitir entusiasmo por la comunicación, la medicina centrada en el paciente, la toma de decisiones y el empoderamiento del paciente. Que aprenda a aprender para “humanizar” la atención médica. Los miedos del tutor: Contagiar pesimismo por sobrecarga del trabajo y dificultades de relación. No dedicar tiempo suficiente. Transmitir pasiones del tutor que no sean del residente. Afectar a la relación con los pacientes y el equipo. Decepcionarle. **Conclusiones:** La primera entrevista T-R sirve para establecer la relación entre tutor y residente, integrar al residente, conocerse mutuamente y trabajar las expectativas de ambos con la finalidad de pactar un plan de formación.

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN RESIDENTES DE UN SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA (ORL) A TRAVÉS DE TAREAS ESPECÍFICAS Y 360°

Padilla Ruiz, Luis; Undabeitia Santisteban, José Ignacio; Municio Martín, José Antonio; Morán-Barrios, Jesús; Pérez Morán, Eva

Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia

Antecedentes: Desde el año 2008 se está desarrollando en nuestro hospital un proyecto de formación basada en competencias (FBC), fundamentado en siete Dominios Competenciales (7DC): Profesionalidad/Cuidados del paciente/Comunicación/Conocimien-

tos/Práctica basada en el contexto del sistema de salud/Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua/Manejo de la información. La unión de modelos de competencias con práctica clínica se puede realizar mediante la evaluación de actividades específicas-EPAs (Olle ten Cate, Entrustability of professional activities [EPAs] and competency-based training. *Med Educ.* 2005;39:1176-77). **Objetivos:** Diseño, implementación y utilidad de un sistema de evaluación de competencias de residentes de ORL basado en tareas específicas y 360°. **Materiales y métodos:** 1.º) Siguiendo la propuesta citada* seleccionamos en el año 2012, para un 5º de 4 residentes, una tarea relevante por año para evaluar las competencias (7DC): R1/Traqueotomía, R2/Consultas en Urgencias, R3/Vaciamiento cervical, R4/Consultas de patología compleja preferente. 2.º) Método: observación directa. 3.º) En el periodo 2014-15 aplicamos la evaluación 360° (anónima), formulario con 7DC de escala cualitativa (5 niveles). Evaluadores posibles 23: 16 facultativos, 3 enfermeras, 2 auxiliares y 2 administrativas. **Resultados:** 1.º) Evaluación a través de tareas. Una evaluación/año por residente y tarea. Percepción del evaluador: detección de mejoras y mayor precisión en la evaluación de competencias. 2.º) Evaluación 360°: 4 residentes evaluados. Participación de evaluadores (médicos/enfermeras/auxiliares/administrativas): 11/23 (47%); 41 formularios recibidos que incluyen comentarios 46% (áreas destacadas o de mejora). Percepción global de residentes: positiva. **Conclusiones:** 1.ª) La selección de tareas una competencias con práctica clínica y permite comprender mejor la FBC a formadores y residentes. 2.ª) Evaluación 360°: mayor discriminación, compromete al 5º en la educación y requiere formación de evaluadores. 3.ª) La combinación de estos métodos más la evaluación de rotaciones y la memoria permiten una valoración del residente más completa. 4.ª) No tenemos evidencias de esta experiencia en nuestra especialidad en España.

ANÁLISIS DE OPINIÓN SOBRE LA ENTREVISTA TUTOR-RESIDENTE

Corral Gudino, Luis; Merayo Macía, Eluterio; Castañón López, Ana; Castro Bayón, Almudena; Alonso Fernández, María Aránzazu

Hospital El Bierzo. Ponferrada. León

Antecedentes: La entrevista entre el residente y su tutor es una herramienta básica para la evaluación continua y la resolución de conflictos. En 2012 instauramos en nuestro centro un modelo basado en un guión prefijado para facilitar la realización de la entrevista. **Objetivos:** Valorar la percepción sobre los objetivos y aspectos organizativos de la entrevista tutor-residente. **Materiales y métodos:** Se elaboró una encuesta que analizaba conjuntamente la evaluación continua y la entrevista tutor-residente. **Resultados:** Se respondieron el 65% de las encuestas (12/20 tutores y 10/14 residentes). Residentes y tutores coinciden en los principales objetivos de la entrevista: que el residente exprese sus preocupaciones (90 y 92%, respectivamente), la detección de lagunas de aprendizaje (100 y 75%), fomentar un proceso de autoevaluación (80 y 75%) desarrollar la confianza entre ambos (80 y 58%), para que el tutor facilite que el residente encuentre sus propias soluciones (80 y 58%), para que el tutor ayude al residente a organizar su estudio (60 y 75%) o para que el tutor conozca lo que hace el residente (50 y 58%). No debe servir para que el tutor le diga al residente lo que tiene que hacer (10 y 25%). Los temas a tratar son: problemas (100%), práctica asistencial (90 y 92%), docente (100 y 83%), labor investigadora (90 y 83%). Solo el 40% de los residentes y la mitad de los tutores consideran que se deberían abordar situaciones personales. No hay acuerdo en quién debe ser el encargado de acordar la entrevista. Residentes y tutores difieren en el modelo de reunión preferida: siguiendo un guión para el 60% de los residentes y modelo *feedback* para el 58% de los tutores. **Conclusiones:** Residentes y tutores coinciden en los objetivos de la entrevista tutor-residente, pero difieren en el modelo preferido para llevarla a cabo.

DISEÑO DE UNA ECOE FORMATIVA PARA MEDICINA Y ENFERMERÍA

Bartolomé Moreno, Cruz; Melús Palazón, Elena;
Magallón Botaya, Rosa; Pascual Parrilla, María Soledad;
Royan Moreno, María Pilar; Fernández Falcón, Camino

Unidad Docente Multiprofesional de AF y C Sector Zaragoza I. Zaragoza

Antecedentes: La prueba de evaluación clínica objetiva estructurada (EEOE) tiene fines evaluativos. En nuestra Unidad docente se realiza con fines formativos para poder diseñar la formación en base a resultados de la misma. Se incluyen competencias en aspectos éticos y de habilidades comunicativas. **Objetivos:** Desarrollo de la prueba de evaluación clínica objetiva estructurada (EEOE) con carácter formativo para medicina y enfermería. Se han incluido en la misma, competencias en aspectos éticos y de habilidades comunicativas. **Material y métodos:** Se diseñó una EEOE formativa, no solo evaluativa, que incluye aspectos de ética y comunicación con estaciones comunes de medicina y enfermería. Se analizan los problemas que faltaban por aprender y se rediseña el plan formativo en base a resultados. Diseño cuestionario provisional. Diseño estaciones y desarrollo proyecto. Se inicia la Validación de un cuestionario de EEOE. **Resultados:** Indicador organización: Tutores: 85% 4 o 5. Residentes: 83% 4 o 5. Identificación problemas y priorización: forma de trabajar con los tutores. Indicador objetivos: formulación y grado cumplimiento: Tutores: 100% 4 o 5. Residentes: 67% 4 o 5. Identificación problemas y priorización: forma de presentar proyecto a los residentes. Indicador contenidos: adecuación contenido e ítems Modelo American Board of Internal Medicine y MINI-CEX: Tutores: 100% 4 o 5. Residentes: 67% 4 o 5. Tras identificación problemas y priorización: incorporación de la opinión de los residentes del curso anterior. Diseño nueva EEOE con casos propuestos por tutores y residentes. Indicador materiales: recursos e instalaciones: Tutores: 85% 4 o 5. Residentes: 100%. **Conclusiones:** Buena valoración global. Cambio en el modo de diseñar los distintos escenarios incluyendo el aspecto ético y las habilidades comunicativas. Necesidad detectada de formación y manejo previo de los simuladores utilizados. Pendiente redacción cuestionario definitivo y validación.

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ECOE Y EVALUACIÓN 360 EN LA FORMACIÓN DE POSTGRADO: ¿TODOS LOS RESIDENTES ALCANZAN LA COMPETENCIA DESEABLE PARA EJERCER?

Sureda Demeulemeester, Elena; Cremades Maestre, Ana;
Pérez Galmes, Carolina; Iglesias Cañellas, Mónica;
Ripoll Bañón, Teresa; Nogués Sánchez, Luisa

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Antecedentes: Un hospital público (4000 trabajadores y 800 camas) implantó en el año 2012 la ECOE y la evaluación 360, métodos de evaluación de residentes. **Objetivos:** Detectar indicios de un nivel competencial inadecuado y diseñar estrategias para paliar el problema. **Material y métodos:** En 2012 (primera edición) se definieron cinco componentes competenciales y su instrumento de evaluación (5 estaciones): conocimientos, juicio clínico, habilidades técnicas, metodología de investigación y comunicación. La reevaluación anual permitió conocer su evolución. Posteriormente se complementó la evaluación midiendo el trabajo en equipo, compromiso, flexibilidad, orientación a los resultados y al paciente, mediante 360. **Resultados:** Participación 100% residentes. Media de calificaciones ECOE en la incorporación: 6.49 (2012), 7.53 (2013) y 7.70 (2014). Mayor destreza en metodologías de investigación [media: 7.67 (2012); 9.57 (2013)] y juicio clínico [media: 8.87 (2014)] frente a conocimientos teóricos [media: 5.21 (2012), 5.86 (2013) y 6.29 (2014)], área de mejora en las tres ediciones. Reevaluación: diferencias significativas en conocimientos teóricos ($z=-2.009$,

$p=0.045$) y habilidades comunicativas ($t=-2.585$, $p=0.014$), mejorando en ambas competencias; en metodologías de investigación ($z=-3.717$, $p<0.0001$) disminución de la destreza. Evaluación 360: participación del 94%. Competencia mejor valorada: orientación al paciente (media: 5.20) frente a: flexibilidad (media: 4.99) (sobre 6). Discrepancias entre las fuentes de evaluación: valoración del tutor más exigente frente a compañeros residentes ($p=0.003$) y compañeros facultativos-DUE ($p=0.001$). **Conclusiones:** Participación y aceptación del proyecto muy elevada. Realizado con los recursos propios del hospital (coste cero). La ECOE y 360 han permitido conocer el nivel competencial y áreas de mejora de los MIR, siendo útil para los tutores en la orientación de su formación. La reevaluación permite conocer el grado de consolidación de las competencias, mejorar la comunicación tutor-residente y el cumplimiento de los objetivos del programa.

EL DOBLE FILO DE LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

Apalategi Gomez, Uxune; Mariñelarena Mañeru, Eulali

Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa

Antecedentes: Las promociones de residentes del periodo 2010-2014 han conformado un abanico muy amplio de características sociodemográficas, especialmente edad y año de finalización de licenciatura. En dichas promociones varios residentes han presentado déficits importantes en su progresión con riesgo de obtener una calificación final de no apto no recuperable. **Objetivos:** Diseñar y aplicar un Plan de Recuperación Específico (PRE) que consiga la evaluación final de "apto" en aquellos residentes con una progresión formativa insuficiente. **Material y métodos:** Se ha diseñado y aplicado un Plan de Recuperación Específico: diagnóstico de la situación, ajuste itinerario formativo, reajuste de objetivos generales y específicos, sesiones técnico-docentes, instrumentos de evaluación (formulario, memoria, autoevaluación), método de supervisión, fortalecimiento del circuito comunicacional y *feedback* (residente-tutor AP-tutor hospitalario-UD). **Resultados:** Durante el período 2010-2014, de un total de 117 residentes de MFyC, han sido incluidos en un PRE 9 (7.7%) pertenecientes a 3 promociones. El 77.8% han sido hombres y la media de edad al inicio de la especialidad ha sido de 42.03 (SD 12.03; mínimo 24.9 y máximo 61) años sin diferencias significativas ($p=0.47$) entre las promociones estudiadas. La mediana de años transcurridos entre el año de licenciatura y el año de inicio de la especialidad ha sido de 9 (SD 9.4; mínimo 1 y máximo 29) años. El 22.2% presentaba número de orden < 5,700, el 44,5% entre 8,600 y 9,500 y el 33.3% un número > 10,200 (mínimo 3,151 y máximo 10,991); 7 (77.8%) de los residentes incluidos en el PRE completo han obtenido un resultado final de apto. **Conclusiones:** 2/3 de los residentes incluidos en el PRE han conseguido la calificación de aptos. La aplicación del PRE ha supuesto un revulsivo en la Unidad Docente generando cambios en todo el proceso evaluativo-docente.

EL MINICEX COMO AYUDA A LA EVALUACIÓN FORMATIVA EN MEDICINA DE FAMILIA. OPINIÓN DE TUTORES Y RESIDENTES

Gracia Ballarín, Rafael; Martínez de la Eranueva, Rafael

Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Álava. Vitoria-Gasteiz. Álava

Antecedentes: El MINI-CEX presenta limitaciones para su uso en Medicina Familiar derivadas de estar diseñado para otro ámbito. No incluye abordaje de aspectos psicosociales, se pensó para evaluación sumativa y no se ha ensayado para conocer la evolución del residente. Pese a ello, iniciamos en nuestra Unidad Docente la formación de tutores y la puesta en marcha con residentes de 4º año.

Objetivos: Realizar propuestas de mejora para el uso del MINICEX en la evaluación formativa de los residentes de medicina de familia. **Material y métodos:** Grupos focales independientes de tutores y de residentes, tras 56 MINI-CEX, con elaboración de propuesta final. **Resultados:** Tutores: Transmitir a los residentes que el MINI-CEX es una herramienta para mejorar, no para la evaluación sumativa. Experimentarlo también con R1 y R2: ya son detectables cosas a mejorar. El tutor, desde el conocimiento previo del paciente, puede obviar pasos que el residente no. Mayor repetición de la prueba señala mejor lo mejorable detectado. Realizar *feedback* es difícil. Residentes: La observación incomoda y puede lastimar la autoestima; pueden bloquearse de manera no representativa de su capacidad. El *feedback* ayuda; descubre cosas bien hechas inconscientemente. Temor a que la observación puntual dificulte el entendimiento global. Tutores y residentes: Conseguir que el tutor pierda la atención del paciente. Hacerlo intercambiando residentes y tutores del Centro o con externos. Grabar la consulta como alternativa. Alcanzas consciencia de lo que haces y cómo. **Conclusiones:** Utilizarlo en cada periodo que el residente pasa en el Centro de Salud. Añadir items que incluyan aspectos de comunicación centrada en el paciente: salto a lo psicosocial, abordaje de expectativas del paciente, hacer una buena pregunta inicial para identificar y delimitar mejor motivos de consulta. Retirar la escala numérica para desvincularlo de una evaluación sumativa. Facilitar que no sea el tutor el observador para disminuir interferencias. Pensar en evaluar situaciones diferentes (domicilio, terminales).

CHECKLIST: PLAN DE ACOGIDA A LAS MATRONAS RESIDENTES

Rodríguez Blanco Noelia; Herrero Buitrago, M. Dolores; Mancheno Alcaraz, Verónica; Camacho Ávila, Marcos; Amorós Gil, María Eugenia; Navas Ramírez, Jesús

Hospital de Torrevieja. Torrevieja. Alicante

Antecedentes: El plan de acogida de cualquier profesional que se incorpora a un área de trabajo es de vital importancia. Con este fin se elaboró un manual donde recibir toda la información de sus competencias y objetivos de consecución en el área de ginecología y obstetricia. • Las funciones y actividades específicas del puesto. • La descripción de la unidad, áreas, contactos y turnos de trabajo. • La formación de carácter obligatorio. Sesiones Clínicas. • Equipos de protección individual según estudio del puesto de trabajo. • Planes de cuidados estandarizados y protocolos de actuación de la unidad que debe registrar durante sus rotatorios. • Sistema de evaluación y tutorizaciones programadas. **Objetivos:** La realización de un plan de acogida a los residentes de nueva incorporación dentro de un plan estructurado e integrado favorecerá el aprovechamiento de los recursos, el desarrollo óptimo y la seguridad asistencial. **Material y métodos:** Los profesionales al inicio son entrevistados previamente por la supervisora/tutora, tratándose: • Altas en el sistema informático: Galenus, Portal del empleado, Florence Clínico. • Damero anual y normas de comportamiento relacionadas con el puesto de trabajo. • Se tratan temas como la organización en el servicio, el trabajo en equipo y la orientación al paciente, como pilar clave de nuestra organización. Toda esta información queda recogida en un *checklist* donde se supervisa la documentación entregada al profesional y este documento es firmado por ambos. **Resultados:** Todas las matronas de nueva incorporación han realizado el *checklist*, se han añadido apéndices y modificado protocolos según necesidades, haciendo extensiva esta práctica a todas las matronas de atención primaria y hospitalaria. **Conclusiones:** La bienvenida a los nuevos profesionales, ofreciéndoles toda la formación e información basándonos en estándares de calidad y protocolos de trabajo, asegura la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, la seguridad asistencial así como el desarrollo más óptimo del profesional desde el primer día.

GRUPOS DE TRABAJO PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DOCENTE

Sarmiento Cruz, Manuel; Miralles Xamena, Jerónima; Jordà Cabanellas, Margarita; Fernández Quetglas, Marta; Ballester Solivellas, Antoni; Albaladejo Blanco, María

Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Mallorca. Palma de Mallorca

Antecedentes: Tras pasar a Multiprofesional, la Unidad Docente cambió su organización: una Comisión de Docencia (CD), una Subcomisión de Enfermería (SCE) y una de Medicina (SCM). **Objetivos:** Mejorar el funcionamiento de la Unidad Docente. Reducir la duración de las reuniones de subcomisiones y comisión de docencia. Diversificar la representatividad. **Material y métodos:** Existe: Comité de Acreditación de tutores (9 personas), CD (20 personas), SCE (10 personas) y SCM (23 personas), Grupo de trabajo (GdT) de Calendario y rotaciones y un GdT de guardias y uno de cursos. Se aprueban desde subcomisiones y CD y eligen sus integrantes. **Resultados:** GdT de guardias formado por: 1 residente, 1 tutor hospitalario (TH), 2 tutores de centro de salud (TCS) y el jefe de estudios (5 personas). GdT de cursos formado por: 2 residentes (un R1-R2 y un R3-R4), 1 TH, 2 TCS, 1 técnico de salud, presidenta de subcomisión de enfermería y jefe de estudios (8 personas). GdT de calendario formado por: 1 residente, 2 TH, 2 TCS y el jefe de estudios (6 personas). Los tres grupos tuvieron 3 reuniones durante el 2014. Las decisiones tomadas fueron llevadas a las dos subcomisiones y de ahí a la CD. Se trabajó también por correo electrónico. Las decisiones del Comité de Acreditación y GdT de guardias fueron menos discutidas, pero las del GdT de cursos y de calendario/rotaciones fueron de nuevo debatidas una a una. La duración de las subcomisiones no se vio disminuida con la creación de los GdT. **Conclusiones:** No se ha mejorado el funcionamiento de la Unidad Docente ya que no ha reducido la duración de subcomisiones y CD. Se ha diversificado la representatividad y se ha hecho participe a más gente, aunque parece reducirse la confianza de las subcomisiones y CD en sus representados en los GdT. No se han vuelto a convocar los grupos ya que no parecen operativos.

COMPETENCIAS DEL TUTOR VISTAS POR EL RESIDENTE: ¿CAMBIAN LAS NECESIDADES CON EL TIEMPO?

González Anglada, M. Isabel; González-Spinola, Ana; Sanmartín, Patricia; Dobato, José Luis; García, Fernando; De la Morena, José Manuel

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid

Antecedentes: En el MIR, el tutor es el responsable de la planificación, seguimiento y evaluación de su formación. **Objetivos:** Valorar las competencias del tutor vistas por los residentes y su cambio a lo largo del tiempo. **Material y métodos:** Se remite un cuestionario anónimo a los residentes que finalizan en mayo de 2015 sobre el tutor y se compara con el realizado en 2010. En total son 20 residentes de último año en 2010 y 33 en 2015. La encuesta tiene 15 preguntas, 5 abiertas y 10 cerradas con puntuación de 1 a 5. **Resultados:** En mayo de 2015 finalizan 33 residentes, de los cuales responden al cuestionario 16 (50%); en 2010 finalizan 21 y responden 11 (55%). La valoración ha sido 2015/2010. En 2015: Comprometido con la docencia 5/4,9, organizado 5/4,2, planificación 4,9/4,7, accesible 4,7/4,7, iniciativa 4,7/4,2, fomenta participación 4,6/4,7, profesionalismo 4,4/4,7, empático 4,3/4,4, actualización 4,3/4,3, buen comunicador 4/4,6. El residente siente que ha comunicado todo en los dos periodos y destacar el agradecimiento. Un 20% ha dejado de expresar su disconformidad. Las situaciones en las que ha pedido ayuda han sido problemas clínicos (60%) y personales (50%) y en 2015 buscar trabajo y congresos. En las actitudes profesionales lo que más le ha enseñado el tutor ha

sido sobre la relación con los pacientes, comunicación y manejo de situaciones difíciles. Las cualidades que más le gustaría haber adquirido del tutor es la capacidad de trabajo y de adaptación a situaciones, organización, respeto por pacientes y compañeros. El aspecto más valorado ha sido la cercanía, accesibilidad, escucha, velar por el interés de residentes, atención a su evolución profesional y su transmisión, organización del programa, vocación y capacidad para transmitir conocimientos. **Conclusiones:** La cualidad del tutor más valorada siempre por los residentes a lo largo del tiempo ha sido el compromiso con la docencia.

TECNOLOGÍAS 2.0 AL SERVICIO DE LAS UNIDADES DOCENTES

Álvarez Muñoz, Francisco Javier; Pujalte Martínez, María Luisa; Garriga Puerto, Ascensión; Navarro Mateu, Fernando

Hospital Psiquiátrico Román Alberca. El Palmar. Murcia

Antecedentes: Web 2.0: sitios web que facilitan compartir información, interacción y colaboración. Los residentes, precisan una formación reglada tanto en Competencias Asistenciales como en Formación Teórica Complementaria. En nuestra unidad, este contenido está programado de forma presencial y dispone de los siguientes soportes informáticos: • Entorno virtual IDEA: Herramienta de comunicación, información, planificación y alojamiento virtual de contenidos docentes. • E-mail: envío de documentos, programaciones, notificaciones... • WhatsApp: comunicación más fluida, "cercana y directa". **Objetivos:** El objetivo de utilizar estas herramientas es favorecer la comunicación de los residentes con la unidad docente de la que forman parte, así como facilitar la transmisión de conocimientos. Pero realmente, ¿llegamos hasta ellos? ¿Se sienten satisfechos con la comunicación y transmisión de información que se les ofrece? **Material y métodos:** Se realizó una breve encuesta, para ver el grado de satisfacción de los residentes con estas tecnologías, valorando en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho): IDEA, WhatsApp y email, pudiendo aportar comentarios al respecto. **Resultados:** El alcance para llegar con estas tecnologías a los residentes (N=66) es de un 100% para IDEA y e-mail y del 98.2% para WhatsApp. La encuesta sobre el grado de satisfacción de los residentes con dichos recursos (respondida por un 46.15% de encuestados) es de 2.93 para IDEA, 4.6 para e-mail y 4.53 para WhatsApp. **Conclusiones:** Las tecnologías 2.0 como IDEA, WhatsApp y email nos permiten mejorar la comunicación con nuestros residentes, informar sobre actividades, aportar y alojar material docente y estar más cercanos a sus necesidades, en un proceso de mejora continua de su formación. En definitiva, se trata de unas herramientas muy útiles para favorecer las tareas que debe llevar a cabo la Unidad Docente. Y como nos devuelven en la encuesta, sienten a la unidad docente más cercana y efectiva en una comunicación bidireccional.

ACREDITACIÓN DE TUTORES DE ENFERMERÍA, ¿UN PASO ATRÁS?

Miralles Xamena, Jerónima; Sarmiento Cruz, Manuel; Vidal Thomas, M.^a Clara; Mattei, Isabelle; Ferrer Perelló, Josep Lluís; González Torrente, Susana

Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Mallorca. Palma de Mallorca

Antecedentes: Los tutores deben tener un perfil adecuado como responsables de formación de residentes. La acreditación de tutores está desarrollada en muy pocas comunidades. **Objetivos:** Evaluar y mejorar los criterios de acreditación de enfermería. Conocer posibles tutores para acreditar en un futuro. **Material y métodos:** En 2012, se estableció un nuevo Comité de acreditación: jefe de estudios, presidenta subcomisión de enfermería, dos técnicos de

salud y 5 tutores. Los criterios, que había, de tutores de medicina se adaptaron a enfermería. Requisitos obligatorios: Especialista en enfermería familiar y comunitaria (o haber solicitado el título por vía excepcional-examen), trabajar en centro docente acreditado, buen perfil clínico (mínimo 4 puntos), buen perfil docente (mínimo 4 puntos) y buen perfil investigador (mínimo 1 punto). Se bareman los tres perfiles. Se realiza búsqueda en los centros de salud acreditados de posibles tutores. **Resultados:** En 2012 se presentaron 7 solicitudes: 3 positivas y 4 negativas (por incumplir en investigación). En 2013, 4 positivas y 1 negativa (ni investigación ni sesiones). En 2014, 1 positiva y 1 negativa (por incumplir indicadores asistenciales). En 2015, 3 positivas y 3 negativas (2 por indicadores y 1 por sesiones). Evaluados 5 centros docentes, de 55 profesionales de enfermería un 25,45% cumplían el requisito mínimo de ser especialista o haber pedido el título. Sin contar los que ya son tutores, ese porcentaje baja a un 9,1% (solo 5 posibles tutores). **Conclusiones:** Los criterios actuales no son válidos ya que son muy restrictivos y pocos profesionales pueden asumirlos. El criterio más restrictivo es el de ser especialista o haber solicitado el examen para ello. Otros criterios conflictivos son el de indicadores asistenciales, investigación y número de sesiones. Hay que elaborar nuevos criterios de acreditación de tutores de mínimos: eliminando el de ser especialista, y revisando y rebajando el criterio de indicadores asistenciales.

JORNADA DE TUTORES, UNA ACCIÓN DE MEJORA

Sequeira Aymar, Ethel¹; Navarro González, Marta²; Sánchez Ruano, Núria²; Cararach Salami, Daniel³; Alvira Balada, Carme⁴; Gimferrer Artigas, Núria²

¹*Medicina Familiar y Comunitaria. CAPSE Casanova. Barcelona.*

²*Medicina Familiar y Comunitaria. CAPSE Borrell. Barcelona.*

³*Medicina Familiar y Comunitaria CAPSE Les Corts. Barcelona.*

⁴*Enfermería Familiar y Comunitaria. CAPSE Borrell. Barcelona*

Antecedentes: Desde hace un año aplicamos metodología cualitativa para mejorar la Unidad Docente Multidisciplinar (UDM). Realizamos DAFOs consecutivos con residentes y tutores con el objetivo de detectar áreas de mejora y proponer acciones para conseguirlas. El problema principal detectado fue un espíritu docente débil, y una acción de mejora bien valorada realizar una jornada de tutores. **Objetivos:** • Reforzar el espíritu docente de los tutores de una UDM. • Ofrecer herramientas útiles en la docencia. • Reflexionar en grupo sobre las necesidades de la UDM. **Material y métodos:** Los responsables de la UDM organizaron una jornada dirigida a tutores y abierta a directores de equipo. Se combinó formación, presentación de nuevas herramientas de trabajo y reflexión en grupo mediante dinámica organizada. Al finalizar se compartieron resultados. La formación se centró en tecnologías 2.0 dirigidas a la docencia. Se presentó la nueva página web de la UDM y sus potenciales funcionalidades. Los asistentes fueron repartidos en grupos de trabajo reducidos, asegurando la participación de las diferentes disciplinas y centros de trabajo para aumentar la representatividad de las reflexiones. Al final se expusieron las conclusiones de cada grupo. Se realizó encuesta de satisfacción de los participantes. **Resultados:** Gran acogida de la iniciativa reflejada con un alto grado de participación (81%). Buena valoración de la formación impartida. En el trabajo en grupos se identificaron nuevas acciones de mejora para el fortalecimiento del espíritu docente. La encuesta de satisfacción global de la jornada fue valorada en un 87,5% como buena o muy buena, con un 83% de respuestas recibidas. **Conclusiones:** La combinación de formación y reflexión en grupos resultó una fórmula adecuada para la consecución de los objetivos propuestos. La realización de la jornada de tutores reforzó el espíritu docente de los asistentes. Los resultados de la reflexión en grupo marcarán las propuestas de actuación a desarrollar en la UDM.

A LA BÚSQUDA DE UNA EVALUACIÓN CONTINUA BASADA EN CRITERIOS MÁS OBJETIVOS. ANÁLISIS DE OPINIÓN EN UNA UNIDAD DOCENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Corral Gudino, Luis; Castañón López, Ana;
Merayo Macías, Eluterio; Castro Bayón, Almudena;
Alonso Fernández, María Aranzazu

Hospital El Bierzo. Ponferrada. León

Antecedentes: La evaluación continua de los residentes es necesaria para el desarrollo de su proceso formativo. Mayoritariamente esta evaluación se hace de forma subjetiva, basándose en las impresiones personales, sin utilizar herramientas que permitan una valoración objetiva. **Objetivos:** Valorar el grado de conocimiento que tienen los distintos colectivos sobre aspectos relacionados con la evaluación continua. Dar a conocer y fomentar el uso de herramientas para la evaluación continua. **Material y métodos:** Se elaboró una encuesta que analizaba la evaluación continua. Previo a la realización de la encuesta se organizaron dos sesiones de una hora en las que realizaba un recordatorio sobre el proceso de evaluación. **Resultados:** Se respondieron el 61% de las encuestas entregadas (17/30 tutores y colaboradores y 10/14 residentes). Todos los encuestados piensan que al final de cada rotación debería evaluarse al residente. El 90% de los residentes, el 83% de los tutores y el 60% de los colaboradores piensan que deberían configurarse objetivos claramente definidos, y no generales. Un 75% de los tutores, frente a un 50% de los residentes y un 40% de los colaboradores, optan por que se realice una prueba objetiva que ayude a la evaluación, siendo la resolución de casos tipo (64%) la preferida por los tutores, el mini-cex (40%) por los colaboradores y la revisión de informes (40%) o la evaluación sistemática de las técnicas diagnósticas (60%) o las sesiones (70%) por los residentes. Un 80% de los residentes piensa que debería ser a ellos directamente a quien se informe del resultado de la evaluación frente a un 50% de los tutores y un 25% de los colaboradores. **Conclusiones:** La posibilidad de realizar pruebas que ayuden a hacer más objetiva la evaluación de los residentes es bien aceptada por los tutores. Los residentes y los colaboradores, por el contrario, se muestran reticentes.

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: EL CURRÍCULUM EUROPEO

Villaizán Pérez, Carmen¹; Fernández-Cuesta Valcarce, Miguel Ángel²;
García Rebollar, Carmen³; Ledesma Albarrán, Juana María⁴;
Aparicio Rodrigo, María⁵; Grupo Docencia de la AEPap⁶

¹Centro de Salud de Sonseca. Sonseca. Toledo. ²Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe. Madrid. ³Centro de Salud de Moralarzal. Moralarzal. Madrid. ⁴Centro de Salud Delicias. Málaga. Málaga. ⁵Centro de Salud Entrevías. Madrid. ⁶Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Madrid

Antecedentes: La necesidad de formación continuada del pediatra de atención primaria (AP) y del residente de pediatría en su rotación por AP requiere un programa que englobe las competencias necesarias para el ejercicio en AP. La actual movilidad del médico y la posibilidad de trabajar en diferentes países hace necesaria la existencia de un programa de formación común y adaptable a los diferentes modelos de atención pediátrica en AP. **Objetivos:** Elaboración de un programa de formación en AP basado en competencias, válido para los distintos países europeos. **Material y métodos:** El modelo de referencia para la elaboración del Currículum fue el programa de formación del Global Pediatric Education Consortium (www.globalpediatrics.org/). Se seleccionaron y clasificaron las competencias de AP. Se estructuraron siguiendo la taxonomía de Bloom. Los autores son pediatras de AP de cinco países europeos pertenecientes a la Confederación Europea de Pediatras de AP. La validación del documento final se realizó por seis pediatras de AP de países europeos diferentes a la procedencia de los

autores. El idioma original es el inglés. Se ha traducido al español. **Resultados:** Programa de formación dividido en dos capítulos: 1.º) Área de competencias específicas de AP. 2.º) Área de competencias cuyo aprendizaje y práctica es compartida con el hospital y son necesarias en AP con diferente manejo de recursos y seguimiento evolutivo. Las competencias de cada área están divididas en conocimientos y habilidades. Cada conocimiento y habilidad está precedido de un cuadrado, herramienta docente que permite seleccionar las competencias ya adquiridas de las pendientes de adquirir. **Conclusiones:** • El currículum europeo es un programa de formación necesario para un aprendizaje completo, uniforme y adaptado a las necesidades del pediatra de AP. • Está basado en un programa aceptado en el marco internacional pediátrico, elaborado y consensuado por pediatras de AP de varios países europeos.

LA EVALUACIÓN NEGATIVA DESESTIMADA JUDICIALMENTE A PROPÓSITO DE UN CASO

Tomás Aguirre, Francisco¹; Segura Marín, Federico²

¹Universidad Católica de Valencia. Valencia. ²C.S. Massanassa. Dpto. H.U. y P. La Fe. Valencia. Valencia

Antecedentes: Los sistemas de evaluación en FSE son objeto de análisis continuo por parte de los profesionales que trabajan en este ámbito. Pero ¿qué sucede cuando nos enfrentamos a los procesos con resultado de evaluación negativa?, ¿qué hacemos cuando es “no recuperable”? Se presenta un caso real desarrollado en una Unidad Docente Multiprofesional de ámbito provincial. **Objetivos:** 1. Exponer un proceso de evaluación negativa de residentes con resultados de “no recuperabilidad” tras su correspondiente estudio y análisis que fue posteriormente anulado judicialmente. 2. Generar un debate sobre la indefensión de los órganos de gestión, tutorización y evaluación de residentes por su escaso (o nulo) reconocimiento institucional. **Material y métodos:** Se presenta el seguimiento detallado del proceso de evaluación generado tras informe negativo de varios tutores de residentes en rotación. Se recogían multitud de faltas (varias graves) así como importantes fallos en la adquisición de competencias. Se confirmaron los informes. El comité de evaluación, tras extenso debate, entrevista con los residentes y la realización de una prueba teórico/práctica objetiva, concluyó la evaluación de “No Apto/No recuperable”. Se elevó a la Comisión de Docencia que citó nuevamente a residentes y tutores y se ratificó en dos reuniones extraordinarias a propósito. **Resultados:** El resultado de la evaluación conllevó el correspondiente cese de la relación laboral de los residentes, que fueron informados en todo momento de la situación así como de los mecanismos de apelación frente a la Comisión Nacional de la Especialidad. No obstante, un residente decidió emplear la vía judicial y denunció a la consejería de salud por despido improcedente. En la vista se personó el jefe de estudios de la UD y expuso detalladamente el caso. **Conclusiones:** El juzgado falló a favor del residente y obligó a su readmisión. La falta de apoyo y reconocimiento de las estructuras docentes han sido determinantes en esta resolución.

LA SESIÓN DE LA UNIDAD DOCENTE CUMPLE 20 AÑOS

Sarmiento Cruz, Manuel¹; Santos de Unamuno, Carmen²;
Pérez Artigues, Juan Antonio³; Puig Valls, Bartomeu⁴;
Forn Rambla, M.ª Asumpció²; Lorente Montalvo, Patricia⁵

¹Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Mallorca. Palma de Mallorca. ²Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Mallorca. C.S. Camp Redó. Palma de Mallorca. ³Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Mallorca. C.S. Son Ferriol. Palma de Mallorca. ⁴Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Mallorca. C.S. Coll d'en Rebassa. Palma de Mallorca. ⁵Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Mallorca. C.S. Sta. Ponsa-Calvià. Mallorca

Antecedentes: Muchas veces, los centros docentes no tienen la sensación de pertenecer a una misma Unidad Docente. La realización de sesiones es importante en el programa de formación de cualquier residente. **Objetivos:** • Consensuar los modos de actuación ante situaciones clínicas previamente seleccionadas. • Revisar temas de interés para la Unidad Docente. • Aumentar la implicación de los centros en la Unidad Docente. • Potenciar la realización de sesiones por tutores y residentes. **Material y métodos:** Desde 1995 se organiza, en la Unidad Docente, una sesión mensual (aproximadamente) el último viernes de cada mes, en horario de 8:15 a 9:15. Cada centro de salud docente es el responsable de cada una de las sesiones y las imparten residentes y/o tutores. Suele existir un colaborador externo en cada sesión (especialistas hospitalarios principalmente). Puntualmente, puede haber alguna sesión responsabilidad de varios centros o que alguna se organice desde la Unidad Docente, desde el Gabinete técnico o desde la Gerencia. **Resultados:** Desde enero de 1995 a junio de 2015 se han realizado 196 sesiones, una media de 9,8 sesiones anuales. Por temas, el tema más recurrente es el de enfermedades infecciosas (19 sesiones) seguido de temas de investigación (14) y de salud mental y aparato locomotor (ambos 10). Otros temas: neurología (10), urología (10), digestología (9), laboratorio (9), cardiología (8), estilos de vida saludables (8), neumología (7), adicciones (6), geriatría (6), endocrinología (6), bioética y legal (6), oncología (5), docencia (5), dermatología (5), hematología (5), comunicación (4), calidad (4), vascular (4), oftalmología (4), inmigrante (4). De las 19 de infecciosas, 11 fueron sobre infecciones de transmisión sexual. **Conclusiones:** Se han consensuado y revisado temas de interés y situaciones clínicas. Han participado todos los centros docentes con tutores y residentes. Llama la atención que sobre infecciones de transmisión sexual, disfunción sexual y sexualidad se han dado un total de 15 sesiones.

ESTIMULANDO LA INVESTIGACIÓN EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA: PLAN DE MEJORA DE LAS COMPETENCIAS DE INVESTIGACIÓN DEL RESIDENTE

Maté Enríquez, Tomás¹; García Casas, María del Carmen¹; Gallego Peláez, María del Carmen¹; Sánchez Flores, Mari Fe²; García Pascual, Agustina³; Callejo Giménez, Elvira⁴

¹Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Valladolid Este. Valladolid. ²C.S. Medina Urbano. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid. ³C.S. Gamazo. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid. ⁴C.S. Circunvalación. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid

Antecedentes: El desarrollo de las competencias en investigación es fundamental para los residentes de Atención Familiar y Comunitaria. Dada la escasa relevancia de la investigación en nuestra Unidad Docente y para aumentar la calidad de la Formación Sanitaria Especializada que persigue nuestro Plan de Gestión de Calidad Docente, se desarrolló e implantó un Plan de Mejora para fomentar la adquisición y puesta en práctica de dichas competencias. **Objetivos:** Evaluar las actividades desarrolladas y los resultados en investigación tras el primer año de implantación del Plan. **Material y métodos:** Se utilizó la metodología de evaluación prevista en el Plan de Mejora, compuesto de 5 actuaciones (inclusión entre los objetivos de investigación de nuestra Gerencia; creación y difusión de un repositorio de documentación; sesión introductoria sobre investigación para nuevos residentes; curso sobre diseño de investigación y potenciación del asesoramiento metodológico para la realización de proyectos) evaluables a través de 14 indicadores, cuyos estándares se consensuaron en la fase de elaboración del Plan. **Resultados:** Se alcanzaron o superaron los estándares establecidos en 11 de los 14 indicadores, destacando los obtenidos tanto en la evaluación de los conocimientos adquiridos en el curso sobre diseño de investigación (incremento del 37,13% de preguntas correctas en el post-test con respecto al pre-test) como el grado de satisfac-

ción con dicho curso (media: 8,27 [$\pm 1,01$]), el índice de actividad de la asesoría metodológica (incrementos del 11,11% [residentes asesorados] y del 88,89% [asesorías realizadas] con respecto al año anterior) y los relativos a publicaciones (64,29% de los residentes salientes realizaron alguna publicación, aumentado el número de estas un 9,32% con respecto al año anterior). No se alcanzaron los estándares en 3 indicadores. **Conclusiones:** Valoramos los resultados obtenidos como positivos y alentadores, máxime cuando la situación de partida dificultaba la consecución de objetivos a corto plazo, constituyendo un estímulo para la conquista paulatina de logros a medio y largo plazo.

REFLEXIONANDO COMO TUTORES

Navarro González, Marta¹; Sequeira Aymar, Ethel²; Sánchez Ruano, Nùria¹; Gimferrer Artigas, Nùria¹; Cararach Salami, Daniel³; Alvira Balada, Carme¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria. CAPSE Borrell. Barcelona.

²Medicina Familiar y Comunitaria. CAPSE Casanova. Barcelona.

³Medicina Familiar y Comunitaria. CAPSE Les Corts. Barcelona

Antecedentes: La Unidad Docente Multiprofesional-UDM tiene varias sedes. Las dificultades de encuentro entre los profesionales implicados en la docencia impiden la reflexión en grupo y la unificación de criterios en cuanto a la motivación para ejercer la tarea docente. **Objetivos:** Promover la autorreflexión de los miembros de la UDM sobre su perfil docente. Reflexionar en grupo sobre el papel del tutor. Promover acciones para mejorar el perfil docente de la UDM. **Material y métodos:** Jornada de trabajo a la que se invitó a todos los tutores de la UDM junto a los responsables asistenciales de los distintos equipos para autorreflexionar y reflexionar en grupo sobre el trabajo docente que se está realizando. Se aleatorizaron grupos reducidos con representación de las diferentes disciplinas y procedencias con un dinamizador. En las diferentes salas de reunión se visibilizaron frases que invitaban a la autorreflexión. A través de ellas se inició el trabajo en grupo de reflexión y búsqueda de acciones de mejora para facilitar el perfil docente de la UDM. Se compartieron con el total de los participantes las reflexiones de cada grupo a través de un portavoz. **Resultados:** Participaron activamente en la jornada el 83% (30) de los profesionales invitados. La autorreflexión fue muy rica en todos los grupos. Las reflexiones de los distintos grupos mostraron muchas concordancias, principalmente en cuanto a buscar puntos de encuentro tutor-residente; aumentar la implicación de los tutores para conseguir la implicación de los residentes; involucrar de forma más importante a los residentes en el día a día y potenciar el diálogo bidireccional y la asunción de roles. **Conclusiones:** La autorreflexión en la docencia resultó un buen punto de inicio para el trabajo en grupo. Se han localizado las acciones de mejora en el perfil docente de la UDM que marcarán el rumbo a seguir y permitirán evaluar su desarrollo a través de su seguimiento.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE MEJORA DE LA EVALUACIÓN SUMATIVA

Rodríguez Monje, M.ª Teresa¹; Lorenzo Borda, Soledad²; Fernández Rodríguez, Silvia³; Madrid Acedos, Alberto⁴; Martín García, Ángel⁵; Tejedor Varillas, Alejandro⁶

¹Unidad Docente Multiprofesional De AF y C Sur de Madrid.

Leganés. Madrid. ²C.S. Las Américas. Parla. Madrid.

³Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias. Madrid. ⁴C.S. Jaime Vera. Leganés. Madrid.

⁵C.S. San Blas. Parla. Madrid. ⁶C.S. Ciudades. Getafe. Madrid

Antecedentes: El RD 183/2008 que regula la formación de los residentes no está plenamente desarrollado. Ante la falta de criterios definidos, la evaluación se ha centrado en la ficha I de las ro-

taciones, poco objetiva y desmotivadora para residentes y tutores. Con objeto de mejorar el proceso de evaluación, se constituyó un grupo de trabajo en noviembre de 2013. **Objetivos:** Rediseñar e implementar el proceso de la evaluación sumativa teniendo como requisitos aumentar su objetividad, la satisfacción de tutores y residentes y optimizar los instrumentos evaluativos disponibles. **Materiales y métodos:** Formaban el grupo de trabajo el jefe de estudios, 4 tutores, 1 representante CAM y 1 MIR. Se realizaron 6 reuniones (noviembre 2013-marzo 2014). Se abordaron las siguientes fases: detección y priorización de oportunidades de mejora (OM), rediseño del proceso, implementación durante la evaluación 2014-2015 y evaluación de resultados. **Resultados:** Las OM priorizadas fueron abordadas con las siguientes actividades: homogeneización de circuito de fichas evaluativas, adaptación de los documentos de evaluación, establecimiento de mínimos y criterios de ponderación de actividades docentes, investigadoras y autorreflexivas, y difusión del nuevo proceso durante el curso 2014-2015. La evolución de los indicadores del proceso en las evaluaciones de 2013 y 2015, respectivamente, fue: tener ≥ 4 entrevistas T-R: 60% y 87%; informe anual cumplimentado, 53% y 100%; asistencia al 100% de los cursos, 21% y 96%; haber impartido al menos dos sesiones, 69% y 86%, y el 100% de fichas I estaba en 70% y 68% (2014 y 2015). En cuanto a la producción científica comunicaron en formato póster 34% de residentes en 2013 y 57% en 2015; oral 17% y 37%, y publicaron el 17% y 25%, respectivamente. **Conclusiones:** Las medidas adoptadas han conducido a una mejora en todos los indicadores, sirviendo de motivación tanto de tutores como de residentes.

FORMACIÓN ACREDITADA NO PRESENCIAL

Melús Palazón, Elena¹; Bartolomé Moreno, Cruz¹; Magallón Botaya, Rosa²; Galve Royo, Eugenio³; Caballero Alemán, Carmen⁴; Fernández, Camino⁵

¹UD AF y C sector Zaragoza 1 Zaragoza. ²C.S. Arrabal. Zaragoza.

³C.S. Actur Norte. Zaragoza. ⁴C.S. Actur Oeste. Zaragoza.

⁵C.S. La Jota. Zaragoza

Antecedentes: Los centros de salud y los distintos servicios hospitalarios realizan de forma tradicional sesiones clínicas presenciales no acreditadas. Se ha desarrollado un programa de sesiones clínicas acreditadas por la CFC (Comisión de formación continuada), no presenciales, formativas, y de forma conjunta entre especialistas de primaria y del hospital que se realizan a través de la plataforma de teleformación Spontania desde 2012 hasta la actualidad. **Objetivos:** Realización de una actividad formativa, acreditada, no presencial. Permitir la actualización en temas clínicos de interés común y favorecer la comunicación de profesionales de atención primaria y hospital y acercar los centros rurales. Todo ello sin desplazamientos, con la mínima interferencia posible en los horarios de consulta y con bajo coste. **Materiales y métodos:** La aplicación de Spontania precisa licencia y se encuentra disponible para todos los ordenadores del SALUD, requiriéndose únicamente unos auriculares con micrófono para la persona que imparte la sesión. El resto de la comunicación se realiza mediante un Chat escrito. Las sesiones clínicas se preparan con un trimestre de antelación para poder solicitar la acreditación a la CFC. Los temas se seleccionan mediante formulario con Google Drive. Las sesiones son impartidas de forma alterna por profesionales de AP y del Hospital de referencia. Tras cada sesión se suben todos los materiales a la página Web de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria del Sector I. **Resultados:** La valoración obtenida fue del 71,6% en organización, del 76,2% en objetivos y de 76,9% en contenidos. Se valoró con un 78,2% al docente y con un 92,2% a los materiales proporcionados. Al 72,2% de los participantes les ha gustado la experiencia, ha respondido a las expectativas del 71% y modificará su práctica habitual al 56,7% de los mismos. **Conclusiones:** Las sesiones clínicas conjuntas acreditadas mediante una plataforma *online* son costo-efectivas.

PREVALENCIA DE PARTICIPACIÓN EN SESIONES GENERALES MULTIDISCIPLINARES EN FUNCIÓN DEL ÁREA DE ESPECIALIDAD MÉDICA

Balsobre Yago, José; Pelegrín Hernández, Juan Pablo; Guardia Baena, Juan Manuel; Botella Martínez, Carmen; Monzó Núñez, Elisabeth; Hernández Martínez, Antonio Miguel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Antecedentes: Las sesiones generales multidisciplinares son un motivo de puesta en común de temas de interés general entre residentes y especialistas de las distintas especialidades médicas de nuestro hospital. **Objetivos:** Valorar el grado de participación de los residentes en la realización de las sesiones generales multidisciplinares en función de su área de especialidad. **Materiales y métodos:** Análisis descriptivo y comparativo de los participantes en las sesiones clínicas multidisciplinares desde el año 2007 hasta junio de 2015. **Resultados:** El total de docentes participantes en las sesiones clínicas fue de 35, desglosado en 15 de especialidades médicas, 11 de quirúrgicas y 9 de servicios centrales. Se analizó la media del número de sesiones en función del área de especialidad, obteniendo una media de 4.8 ± 3.4 en sesiones de especialidades de servicios centrales, 4.5 ± 3.5 en especialidades médicas, y por último 3 ± 2.5 en sesiones de especialidades quirúrgicas; sin hallazgos estadísticamente significativos en la comparación entre los grupos ($p: 0.395$). Para comparar de manera homogénea la participación de las distintas áreas se utilizó un ratio de comparación (número de sesiones en la que ha participado el servicio/número de residentes por año del servicio multiplicado por años de duración de la residencia). Posteriormente se analizó la media de los ratios por especialidad, objetivando el mayor ratio en miembros de servicios centrales (0.95 ± 0.65), seguido de especialidades médicas (0.62 ± 0.5) y por último de especialidades quirúrgicas (0.45 ± 0.25), sin obtener nuevamente diferencias significativas. **Conclusiones:** No se han observado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de realización de sesiones generales multidisciplinares en función del área de especialidad médica.

ENSEÑANZA UNIFICADA AL INICIO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) EN UN ÁREA ASISTENCIAL. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA

Villalonga Vadell, Rosa¹; Coscujuela Mañá, Antoni¹; Gutiérrez Miguelez, Cristina¹; Crespo Blanco, José Manuel¹; Closas Mestre, Josep²; Fores García, Dolors³

¹Hospital Universitari de Bellvitge. ²Hospitalet de Llobregat.

Barcelona. ³Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona.

³Unidad Docente Multiprofesional de AF y C Costa de Ponent.

¹Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Antecedentes: El inicio de la residencia comporta importantes cambios que implican situaciones de estrés que se han de minimizar. La preparación previa, antes del inicio de la actividad asistencial, es básica. La realización de cursos durante la acogida, orientados a la discusión de casos clínicos urgentes, se considera buena herramienta formativa, mejorando la seguridad de los pacientes. La simulación permite un aprendizaje seguro y sin riesgos. La realización simultánea de teoría y simulación refuerza conocimientos. La enseñanza unificada para los nuevos residentes (R1), hospitalarios y de atención primaria del área de influencia permite unificar criterios de actuación. La participación en la docencia de los residentes sénior (RS) forma parte de su formación. **Objetivos:** 1. Conocer la participación de los R1 en estas actividades formativas; 2. Valorar el grado de satisfacción del Curso y de los talleres; 3. Conocer la participación de los RS en los talleres. **Materiales y métodos:** R1 incorporados al Área Metropolitana Sur (2004-14). Realización del Curso y talleres de simulación, previo al inicio de la actividad asistencial. Valoración del grado de participación (R1 y

RS). Realización de encuesta de satisfacción en relación con el curso y talleres. **Resultados:** Realizaron curso y talleres 1341 R1. El 86% lo consideró útil para la mejora de conocimientos, modificando su actitud urgente el 77%. Para el 75%, el curso cumplió sus expectativas. El grado de satisfacción global de todos los talleres fue del 87%. El 90% consideró buena la acogida. Participaron en los talleres 502 residentes sénior. **Conclusiones:** Curso muy satisfactorio para los R1 del Área. Elevada participación. Experiencia formativa que refuerza conocimientos y seguridad de los R1 antes de iniciar su labor asistencial, unificando criterios de actuación y favoreciendo la atención y seguridad de los pacientes. Buena herramienta para mejorar la acogida y la interrelación entre R1 y RS, facilitando el trabajo conjunto hospital-asistencia primaria.

¿LABORATORIO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA COMÚN COMPLEMENTARIA?

Fernández Marcos, Covadonga; Cendón Monserrat, Llene Carolina; Collazo Abal, Cristina; Martínez Loredó, Patricia

Hospital de Meixoeiro. EOXI de Vigo. Vigo. Pontevedra

Antecedentes: Las pruebas de laboratorio se utilizan en todas las especialidades para tomar decisiones clínicas y en investigación. Sin embargo, no suele existir formación específica relacionada, al simplificar a los laboratorios como meros expendedores de datos sin ser conscientes de todos los procesos implicados que es necesario conocer para utilizar esos datos de forma segura. Bibliografía y experiencia advierten de un uso abusivo e inadecuado de las pruebas, que pueden desencadenar decisiones diagnósticas y terapéuticas equivocadas, exploraciones complementarias innecesarias y/o invasivas y aumento de consultas médicas. Además, cada día aumenta su número y complejidad, haciéndose indispensable la adquisición de conocimientos específicos para un uso seguro y racional de las mismas. **Objetivos:** Formar al residente en los conocimientos y prácticas de laboratorio necesarios para mejorar la eficiencia de las pruebas, garantizando la seguridad del paciente, calidad en investigación y el menor coste. **Material y métodos:** Curso de formación por competencias: • Teórica, casos en grupo, estancia/rotación en laboratorios. • Síntesis/reflexiones. • Evaluación formativa. **Resultados:** Guía docente del curso Competencias relacionadas: Habilidades clínicas, comunicación interprofesional, fundamentos científicos, utilización segura de la información, seguridad del paciente, gestión de recursos. Contenidos: El laboratorio de medicina. Estructura, circuitos funcionales, procesos, cartera de servicios, SIL. Informes. Factores preanálisis con impacto en los resultados. Preparación del paciente. Tipos de muestras. Peticiones. Justificación: cuándo, frecuencia, oportunidad/utilidad, protocolos. Petición electrónica. Analítica. Métodos. Calidad. Interferencias. Valor semiológico. Interpretación/Decisiones/Informes. Validez diagnóstica. Cambios clínicamente significativos. Valores de referencia. Variabilidad biológica. Las observaciones importan. Gestión de errores. Gestión de recursos/Costes. Adecuación de la demanda. Indicadores de calidad. Casos prácticos. Análisis de influencia/impacto en los costes y seguridad del paciente. **Conclusiones:** La formación del residente en los laboratorios fomentaría la utilización eficiente y segura de las pruebas en el paciente e investigación y el uso racional de los recursos.

PROGRAMA TRANSVERSAL DE FORMACIÓN EN EL CONSORCIO SANITARI DE TERRASSA: UNA EXPERIENCIA DE 11 AÑOS

Corredera García, Maite¹; Nieto Rivera, Carmen¹; Griñó Guimerà, Araceli²; Valero Marcet, Mireia¹; Aranda Sánchez, Miquel³

¹*Consorti Sanitari de Terrassa. Barcelona.* ²*Unidad Docente Multiprofesional de AF y C. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.* ³*Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona*

Antecedentes: La formación en competencias transversales es una parte importante en la formación de los residentes. **Objetivos:** 1. Describir nuestra experiencia en el Programa Transversal de Formación (PTF) en los últimos 11 años. 2. Describir los cambios más importantes que se han producido en estos años. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de la base de datos del PTF. **Resultados:** Se incluyeron los datos desde el curso 2004-05 hasta el 2014-15. Los cursos ofertados se han dividido en diferentes perfiles de formación: clínica (C), investigación (I), ética (E), comunicación (CO) y calidad (CA). Desde el 2004-05 se han acreditado 4 UD (Nefrología, Geriatria, Radiodiagnóstico y Oncología) y 3 UD Multiprofesionales (Atención Familiar y Comunitaria, Salud Mental y Obstetricia y Ginecología). De 70 residentes en el 2004-05, actualmente tenemos 130. En estos años, las horas dedicadas al PTF han aumentado (de 104 en 2004 a 258 en 2014), sobre todo en los cuatro últimos años, a pesar de la situación de crisis económica global. Las horas de perfil clínico y de comunicación se han mantenido estables aumentando en los últimos años, sobre todo las dedicadas a investigación (en consonancia con uno de los objetivos de Docencia que era fomentarla). También es destacable el reinicio de la formación en calidad, en relación con la importancia de temas relacionados con la seguridad del paciente. Y en Ética se han duplicado las horas, también en relación con su importancia en la toma de decisiones clínicas. **Conclusiones:** 1. Las horas dedicadas al PTF han ido aumentando, sobre todo en los cuatro últimos años. 2. Es destacable el aumento en las horas dedicadas a investigación, ética y comunicación.

PROGRAMA DE FORMACIÓN QUIRÚRGICA COMÚN: DESDE HABILIDADES QUIRÚRGICAS BÁSICAS HASTA PROCEDIMIENTOS AVANZADOS

Álvarez Díaz, Francisco José¹; Matthies Baraibar, M. Carmen²; Saa Álvarez, Raúl²; Diez Lázaro, Santiago²; Morán-Barrios, Jesús M.²; Lecumberri Castaños, David²

¹*Instituto de Investigación BioCruces.* ²*Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia*

Antecedentes: Durante 30 años, los diferentes programas de especialidades quirúrgicas han usado profusamente los recursos de simulación virtual y cirugía experimental para llevar a cabo sus tareas de formación. **Objetivos:** Establecer un programa consensuado de formación común (diferentes departamentos quirúrgicos) con niveles de habilidad quirúrgica graduales, crecientes y objetivables en complejidad. **Material y métodos:** El programa se dividió en un primer nivel común de habilidades básicas (MIR1), un nivel medio de iniciación en procedimientos complejos de microcirugía y cirugía laparoscópica (MIR2), y un nivel de consolidación de los mismos procedimientos (MIR3). Se estableció un único escenario de aprendizaje común, compartido entre los residentes y profesores de las diferentes especialidades quirúrgicas implicadas. El calendario de actividades diarias se diseñó de forma que los profesores de una especialidad formarían a los alumnos de otras especialidades diferentes a la suya. Cada nivel se inició con una fase no presencial, seguido de las sesiones de entrenamiento. Los criterios de evaluación del alumnado se basaron en pruebas prácticas de aprendizaje mediante la resolución de ejercicios en sala de formación virtual y en el quirófano experimental. Asimismo, se realizó una encuesta de valoración por parte de los alumnos, de diferentes aspectos del programa (de 0 a 5). **Resultados:** El cumplimiento del programa se desarrolló de acuerdo a lo programado. Los resultados cualitativos de las encuestas al alumnado demostraron una positiva evaluación general del programa de entrenamiento en sus diferentes aspectos: cumplimiento de objetivos (4.9), evaluación del personal docente (4.9), utilidad práctica (5.0) y resultado global (4.9). Asimismo, los alumnos evaluaron muy positivamente la adquisición

de conocimientos y habilidades de especialidades quirúrgicas diferentes a la suya propia. **Conclusiones:** El programa de formación permitió mejorar la curva de aprendizaje de los residentes en un entorno seguro, estableciendo un criterio común de la calidad docente en la cirugía.

FORMACIÓN EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES DE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN. ADHESIÓN Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA COHORTE 2010-2015

Ezquerro Rodríguez, Esther; Guembe Suescun, M.^a Jesús

Sección de Formación y Desarrollo Profesional. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona. Navarra

Antecedentes: La formación en competencias transversales está avalada por el Real Decreto de Troncalidad, los programas formativos de las especialidades y por la necesidad social de formar especialistas capaces de prestar atención centrada en el paciente y en resultados de salud. **Objetivos:** Evaluar la ejecución del Plan de formación en competencias transversales, el grado de adhesión y nivel de satisfacción de una cohorte de residentes. **Material y métodos:** Se estudió la cohorte 2010-2015 de especialistas en formación del SNS-O y el Plan de formación correspondiente. Variables estudiadas: Número de actividades, plazas y horas docentes, participación, adhesión, satisfacción y aplicabilidad de las actividades formativas. Fuente de datos: SIREF y bases de datos del Departamento de salud. **Resultados:** Los 104 egresados pertenecían a las Unidades Docentes del Complejo Hospitalario, MFyC, Salud Mental, MT y MPySP. El 87% eran médicos y en menor proporción farmacéuticos, psicólogos, enfermeros y físicos. Se ejecutaron 78 acciones formativas con un total de 1083 horas distribuidas en seis programas: investigación, comunicación, ética, gestión sanitaria, práctica clínica y protección radiológica. Un 85% presenciales frente al 15% *online*. El nivel medio de participación fue del 80%. La media de horas del programa obligatorio fue de 144,8, oscilando de las 17 de la UD de Medicina del Trabajo a las 109 del Complejo Hospitalario. Los residentes SM y MFyC tienen un mayor cumplimiento del programa. El nivel de satisfacción medio fue del 73,8% y el de aplicabilidad del 71,5%. **Conclusiones:** El Plan de formación en competencias transversales es mejorable principalmente en adhesión y satisfacción. La colaboración de los jefes de estudios y tutores es fundamental.

EVALUACIÓN DE UN SEMINARIO INCIDENTE CRÍTICO CON RESIDENTES DE SALUD MENTAL

Cabero Álvarez, Andrés¹; Casas Posada, Antia¹; Costa Trigo, Rebeca¹; Álvarez Casariego, María Teresa²; Sánchez García, Arancha¹

¹Salud Mental SESPA. Oviedo. Asturias. ²Centro Salud Mental. Gijón. Asturias

Antecedentes: La actividad formativa seminario Incidente Crítico (IC) se incluyó en el programa para residentes de salud mental (PIR y MIR de 3.^{er} y 4.^o año) del curso 2014-15. El IC es adecuado para detectar necesidades de aprendizaje a través de la reflexión grupal. El presente trabajo analiza los informes del seminario IC (documentos de autoevaluación). **Objetivos:** Evaluar el resultado del seminario IC desde una doble perspectiva: numérica (satisfacción, valoración general) y formativa (necesidades formativas, inquietudes del residente, metodologías para mejorar las competencias de los residentes). **Material y métodos:** Los participantes, al finalizar el seminario, cubrieron un cuestionario valorando de 1 a 5 diversos aspectos del mismo (interés, utilidad, etc.). Sobre la base de 10 informes de IC, cuatro evaluadores responden a las preguntas

abiertas: “Tomando este informe de IC como un relato, desde la perspectiva del residente, ¿cuál dirías que es el tema central?”; “Valorando el componente emocional, ¿cuál es la emoción principal del IC?” La respuesta final se toma por consenso. Se listan las habilidades a mejorar (necesidades formativas). Cuatro evaluadores relacionan necesidades formativas con dominios competenciales, resolviendo las discrepancias por consenso. Posteriormente se valoran las estrategias metodológicas para mejorar el aprendizaje. **Resultados:** Temas centrales: la muerte, discrepancias respecto al tratamiento y al estado clínico, conflicto de roles, encerrona, suicidio, improvisación, comerse un marrón, manejo de discusiones entre familiares. Emocionalmente sienten bloqueos, frustración, impotencia, etc. Las habilidades a mejorar más repetidas son el trabajo con las emociones del residente (12) y las habilidades de entrevista (9). Las 19 necesidades formativas se corresponden con las competencias “cuidados del paciente y habilidades clínicas” (37%), práctica basada en el contexto del sistema de salud (15%), y análisis crítico y autoaprendizaje (15%). **Conclusiones:** Mejorar la formación en habilidades clínicas y autocuidados del profesional.

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS POR LOS MÉDICOS EN LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS Y SU REPERCUSIÓN EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA. UN ESTUDIO DE DIEZ AÑOS

Morán-Barrios, Jesús¹; Martínez-Indart, Lorea²; Pérez-Morán, Eva¹; Cerqueira Dapena, María Josep³; Villalonga Vadell, Rosa⁴; Rodríguez Suárez, Julián⁵

¹Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. ²Instituto de Investigación BioCruces. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Hospital Universitari Bellvitge. Barcelona. ⁵Hospital Central de Asturias. Oviedo

Antecedentes: En el año 2004 se propuso un cambio en la formación de grado en España: de conocimientos y disciplinas a basada en competencias (Libro Blanco *Título de Grado en Medicina* (LBTGM) inspirado en: Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. *Med Teach*. 2002;24:130-35). **Objetivos:** Identificar las competencias adquiridas durante el grado en un conjunto de médicos formados en facultades de medicina públicas españolas (FMPE); periodo 2004-2014. **Material y métodos:** Autoevaluación, al inicio de la formación especializada (FE), mediante un cuestionario de 32 competencias (LBTGM) remitido a 854 médicos de siete centros sanitarios españoles. Competencias agrupadas en siete Dominios: 1) Valores profesionales-(VPROF); 2) Conocimientos-(CONOC); 3) Habilidades Clínicas-(HCLIN); 4) Comunicación-(COM); 5) Salud Pública y Sistemas Sanitarios-(SPSS); 6) Manejo de la Información-(MI); 7) Análisis crítico-(AC). Diseño del cuestionario (ejemplo): “Valore la formación adquirida en “Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones”. Escala: 0=nada/muy deficiente, 1=poco/deficiente, 2=adecuado/bien, 3=mucha/muy bien. Análisis descriptivo agrupado por dominios y variación interanual. **Resultados:** Tasa de respuestas 93% (795). Fiabilidad, alfa de Cronbach 0.93. Media (DS) de cada dominio: VPROF 2.23 (0.52); CONOC 2.12 (0.44); COM 2 (0.58); HCLIN 1.7 (0.5); SPSS 1.6 (0.54); MI 1.58 (0.6) y AC 1.73 (0.57). Variación interanual (media mínima y máxima de cada dominio): VPROF 1.62-2.45; CONOC 1.89-2.29; COM 1.4-2.15; HCLIN 1.31-1.81; SPSS 1.21-1.76; MI 1.03-1.82 y AC 1.16-1.92. **Conclusiones:** 1) Adecuada percepción y variación positiva a partir del 2008 (Media > 2) en competencias relacionadas con VPROF, CONOC y COM; baja percepción persistente en el periodo (Media < 2) en HCLIN, SPSS, MI y AC. 2) Estos déficits obligan a la FE a desarrollar programas complementarios en competencias básicas. 3) Aunque la muestra no representa a todas las FMPE, el estudio revela escasas reformas universitarias, apoya la necesidad de acelerar su transformación hacia la formación basada en competencias y facilitar así la eficacia de la FE.

UTILIDAD DE LA ROTACIÓN POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN EL MANEJO DE LA SEPSIS: EVALUACIÓN MEDIANTE SIMULACIÓN MÉDICA

Lucena Ramírez, Juan Felipe; Huerta González, Ana; Alegre Garrido, Félix; Martínez-Urbistondo, Diego; Landecho Acha, Manuel Fortún; Pastrana Delgado, Juan

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.

Antecedentes: Las Unidades de Cuidados Intermedios (UCim) son una alternativa para el tratamiento de pacientes sépticos, cuyos cuidados exceden a los proporcionados en las plantas convencionales y que no requieren cuidados intensivos. El aprendizaje de protocolos específicos de manejo, por parte de los residentes que rotan en la UCim, puede ser útil en su formación. **Objetivos:** Valorar la utilidad de la rotación por una UCim en la adquisición de competencias en el manejo de la sepsis, utilizando como herramienta evaluadora la simulación médica. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, con residentes de diferentes especialidades que rotan por la UCim (2014-2015). Se realiza una evaluación al inicio y al final de la rotación, mediante un caso clínico de sepsis en el aula de simulación. Se utiliza una rúbrica que incluye una puntuación numérica de 5 aspectos: hemodinámica, oxigenación, antibioticoterapia, daño orgánico y miscelánea (Total: 0 a 33 puntos). La evaluación se realiza durante la simulación médica por los responsables de la UCim. Cada residente se evalúa dos veces, pre- y posrotación, y sirve como su propio control. Se realiza también un aprendizaje directo y supervisado durante la atención de los pacientes sépticos y se imparte un seminario teórico basado en guías y artículos de consenso. **Resultados:** Se evaluaron 15 residentes y se encontraron diferencias significativas entre la puntuación global de la evaluación inicial: (12.86±5.02) y la evaluación final: (22.93±3.99; p=0.01), así como en cada uno de los 5 aspectos evaluados de forma independiente. Se encontraron diferencias significativas en la evaluación basal de los residentes de primer año (9.50±2.97) respecto a los residentes mayores (17.87±4.02; p=0.01). Esta diferencia pierde su significación tras la realización de la rotación (21.25±3.84 vs. 24.85±3.43; p=0.079). **Conclusiones:** La rotación por la UCim es útil en la adquisición de competencias en el manejo del paciente séptico, evaluadas mediante simulación médica.

LAS COMPETENCIAS “DIFÍCILES” EN EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Oltra Rodríguez, Enrique¹; Martínez Riera, José Ramón²; Carrión Robles, Trinidad³; Climent Rubio, Andrés⁴; Pastor Gallardo, Francisco Javier⁵; Holgado Fernández, Ana⁶

¹Facultad de Enfermería. Gijón. Asturias.

²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

Alicante. ³Dpto. Enfermería Comunitaria. Universidad de Málaga.

Málaga. ⁴Servicio de Emergencias del Ayuntamiento

de Teulada-Moraira. Alicante. ⁵Centro de Salud José María

Álvarez. Don Benito Este. Badajoz. ⁶Atención Primaria Área III.

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Avilés. Asturias

Antecedentes: El Programa Oficial de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) tiene la singularidad de no ser exclusivamente clínico y recoger competencias que en la actualidad están olvidadas en el sistema sanitario. **Objetivos:** Conocer las competencias “difíciles” de transmitir y adquirir, y las estrategias utilizadas para conseguirlo en las diferentes Unidades Docentes. **Material y métodos:** Una sociedad científica de ámbito nacional ha convocado a una reunión a las 92 subcomisiones de EFyC. Acudie-

ron 42 asistentes de 29 Unidades Docentes pertenecientes a 11 Comunidades Autónomas. Se trabajó mediante Técnica de Grupo Nominal, en grupos de 8-10 personas con un dinamizador y un observador por grupo. Se registraron las aportaciones y fueron ratificadas por los participantes en reunión del grupo completo. Se realizó análisis del discurso según la Teoría Fundamentada con apoyo del programa informático de análisis cualitativo MAXQDA. **Resultados:** Se consideraron competencias difíciles las relativas a la investigación, a la promoción de la salud, la intervención comunitaria, la gestión de los cuidados, la atención a colectivos en riesgo de exclusión social, a adolescentes y en la interculturalidad. Y las clínicas relativas a la actividad física para la salud y la cirugía menor. Para superar las dificultades se plantea: Potenciar la formación en investigación de los tutores y contar con referentes-colaboradores enfermeros expertos en investigación. Potenciar las rotaciones externas en otras unidades docentes donde dispongan de dispositivos de los que carezca la propia. Utilizar recursos existentes en el ámbito municipal, organizaciones no gubernamentales, servicios sociales, sistema educativo, etc., más allá del sistema sanitario. Completar con formación teórico-práctica aquellas competencias para las que no es suficiente la rotación por alguno de los dispositivos. **Conclusiones:** Las llamadas competencias “difíciles” son de las más identitarias de la EFyC y deben ser cuidadosamente adquiridas.

RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA ECOE Y EL LUGAR DE FORMACIÓN Y PROCEDENCIA DE LOS RESIDENTES

Pérez Galmés, Carolina; Cremades Maestre, Ana; Sureda Demeulemeester, Elena

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Antecedentes: Durante los años 2012, 2013, 2014 y 2015 hemos realizado ECOE, con cinco estaciones que contemplan conocimientos, RCP, búsqueda bibliográfica y habilidades de comunicación, a nuestros residentes a su llegada al hospital, antes de iniciar su formación como especialistas. Además les preguntamos dónde habían cursado sus estudios de medicina y su país de procedencia. **Objetivos:** Analizar si existen diferencias significativas entre los lugares de procedencia y de formación tanto público como privado en relación con las notas obtenidas en sus ECOE según los años de promoción. **Material y métodos:** Hemos realizado un estudio observacional con una muestra de 178 residentes con los que hemos cruzado sus notas de ECOE, lugar de procedencia, facultad donde estudiaron y si esta era pública o privada, y además también hemos valorado si nuestro hospital y la especialidad que eligieron era o no su primera opción. Asimismo también hemos cruzado los datos con sus números de orden en el examen MIR. **Resultados:** En todas las promociones, las peores calificaciones las tienen en los conocimientos teóricos y las mejores en la búsqueda bibliográfica. Hemos obtenido diferencias significativas en las calificaciones obtenidas por la promoción del 2012 en relación con las demás, no se han obtenido diferencias significativas en relación con todas las demás variables comparadas como si la procedencia es nacional o internacional y si su formación ha sido pública o privada. **Conclusiones:** Hemos encontrado diferencias significativas en las notas del 2012, son peores a las del resto y consideramos que puede ser debido a varios factores, probablemente a que al ser la primera promoción que las realizó, las demás tenían conocimiento de ello y el factor sorpresa había desaparecido. ¿Quizás la formación en las universidades ha ido mejorando con los años y ahora los estudiantes de medicina están mejor formados para la práctica clínica?

ENSEÑANDO Y MOTIVANDO DESDE EL PRIMER DÍA: EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACOGIDA DEL RESIDENTE DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

García Casas, María del Carmen¹; Maté Enríquez, Tomás¹;
Gallego Peláez, María del Carmen¹; Merino Senovilla, Alejandro²;
Callego Giménez, Elvira³; Prado Prieto, María Ana⁴

¹Unidad Docente Multiprofesional de AF y C de Valladolid Este. Valladolid. ²C.S. La Victoria. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid. ³C.S. Circunvalación. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid.

⁴Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid

Antecedentes: El Plan de Gestión de Calidad Docente, instrumento básico de mejora de la calidad en nuestra Unidad Docente, contempla entre sus procesos operativos el de acogida del residente. Su objetivo es facilitar la incorporación de este, transmitir la filosofía de la atención familiar y comunitaria y los valores del médico y la enfermera de atención primaria y los correspondientes programas formativos. **Objetivos:** Evaluar la adecuación de la actividad de acogida planificada y la satisfacción de los residentes con el desarrollo de la misma. **Material y métodos:** Estudio transversal sobre las encuestas de satisfacción realizadas por los nuevos residentes al final de la actividad de acogida durante los últimos 3 años (periodo 2013-2015). Como variables de estudio (todas cuantitativas con escala 1-10) se utilizaron, además del grado de satisfacción global de la actividad, la adecuación del programa desarrollado, respecto a los objetivos marcados, y las valoraciones de los cinco ponentes habituales de la actividad (contenidos impartidos y comunicación). Las medidas descriptivas utilizadas fueron la media y la desviación estándar. **Resultados:** El grado de satisfacción global de la actividad fue: 2013=8,35(±1,03); 2014=8,37(±1,20); 2015=8,51(±1,08). La adecuación del programa desarrollado fue: 2013=8,48(±1,05); 2014=8,51(±1,04); 2015=8,65(±0,99). Las valoraciones de los cinco ponentes fueron muy homogéneas, oscilando en contenidos abordados entre 8,40(±1,30)-9,69(±0,48) en 2013; 8,46(±1,33)-9,33(±0,98) en 2014 y 8,14(±1,17)-9,55(±0,69) en 2015; y en comunicación entre 8,67(±1,18)-9,85(±0,38) en 2013; 8,62(±1,12)-9,50(±0,80) en 2014 y 8,14(±1,15)-9,50(±0,83) en 2015. **Conclusiones:** Un buen proceso de acogida del residente facilita el apropiado desarrollo del inicio del proceso formativo, siendo crucial tanto la adecuada planificación y ejecución de aquel, como su evaluación. La evolución de los resultados otorgados por nuestros residentes en las encuestas de satisfacción de la actividad de acogida nos indican que es idónea para el objetivo que pretende, a la vez que nos estimulan en la mejora continua de la calidad en la formación sanitaria especializada.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

Matthies-Baraibar, M. Carmen; Urizar-Perez, Itziar;
Luis-Elorduy, Agurtzane; Blanco-Zapata, Rosa M.;
Arribas-Hernández, Francisco Javier; Alonso-Torre, Olga

Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia

Antecedentes: Entendemos la Formación como inversión para mejorar la atención, eficiencia y gestión sanitaria. Sin embargo, pocos hospitales han tenido éxito en el despliegue de un plan integral con alto nivel de evaluación. **Objetivos:** Describir el modelo de evaluación de la formación desplegado en el Hospital (2010-2014). **Material y métodos:** En 2009 se incorpora el modelo de evaluación de Kirkpatrick. Primero se definen los resultados a conseguir, luego se fijan en forma de objetivos específicos comportamientos, competencias y actitudes asociados, y finalmente, se diseña el esque-

ma de la formación que optimice la implicación de los asistentes. La evaluación supone el uso de herramientas metodológicas para medir el grado de implementación (transferencia) en el puesto de trabajo y, en su caso, las razones por las que no se ha logrado. **Resultados:** Incremento gradual del porcentaje de actividades y profesionales que han participado en programas con evaluación de la eficacia: del 8% (2010) al 36% (2014). En este periodo, 4778 asistentes (22.2% de participantes) fueron evaluados a nivel de transferencia. La mayoría de estas actividades pertenecían al ámbito de la práctica clínica, seguridad y comunicación con el paciente. Para la evaluación de la transferencia se utilizaron cuestionarios personales (p. ej., prevención UPP: 81.6%; patologías asociadas al pie diabético: 74.8%; comunicación con paciente/usuario: 83%), hojas de registro de datos, informes de laboratorio, evaluación en puesto de trabajo, y estudios de evaluación de riesgos. **Conclusiones:** La evaluación de la transferencia es necesaria para valorar el retorno de la inversión en formación. Factores clave de éxito del proceso de evaluación son un sólido despliegue, un incremento gradual en su ámbito de aplicación y un diseño de herramientas de evaluación adaptadas a cada caso. Nuestro compromiso es mejorar el desarrollo del modelo, identificando áreas de mejora, y desarrollando acciones correctivas que garanticen la mejora continua de nuestro proceso de aprendizaje.

METODOLOGÍA DE TUTORIZACIÓN INDIVIDUALIZADA DE RESIDENTES INCLUIDA EN NUESTRO MODELO DE TUTORIZACIÓN

Uriz Sucunza, Ana; Torres González, Nuria; Tomás Riscado, Sonia;
Martínez Borde, Begoña

Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián.
Gipuzkoa

Antecedentes: Desde 1993 nuestro Hospital está acreditado para realizar formación a Residentes. En este tiempo, el sistema de evaluación y seguimiento de los EIR ha ido evolucionando, con cambios importantes entre 2009 y 2014. Es un modelo basado en la evaluación por competencias en las diferentes rotaciones. Dentro del modelo de tutorización en vigor, vamos a centrarnos en la tutorización individualizada. Cada residente tiene su tutor de referencia. **Objetivos:** Realizar una programación de seguimiento individualizado, basado en reflexión y autoevaluación tutorizada. Seguimiento cercano e intenso de la evolución del residente e identificación precoz de problemas que puedan surgir durante la formación, reforzando los aspectos positivos e identificando las áreas de mejora. **Material y métodos:** Evaluación continua: autoevaluación, registro de actividades, evaluación objetiva basada en competencias, control evolutivo. Seguimiento de rotaciones y de consecución de objetivos. Control evolutivo individual y respecto al grupo. Encuentros programados tutor-residente, mínimo cuatro/año de formación, valorando: fortalezas/debilidades, déficits, elaborando planes de mejora. Evaluaciones: anual y final. Supervisión y apoyo en: sesiones clínicas, casos clínicos, incidentes críticos y actividad científica. **Resultados:** En 2009, la Unidad Docente creó una encuesta de satisfacción de Residentes (Real Decreto 183/2008). La participación ha ido incrementándose desde 2009 en casi 25 puntos. En todas las ediciones, ítem "Tutor" es el que mayor nivel de satisfacción genera. **Conclusiones:** La buena valoración de la Dirección del Hospital, Dirección del Servicio y Unidad Docente del Hospital y el nivel de satisfacción de los Residentes hacen que queramos dar a conocer el Modelo de Tutorización que estamos utilizando, del cual forma parte el apartado descrito, apartado que nos parece de vital importancia. Consideramos que este Modelo es exportable a otras Unidades Docentes.