

AULA DOCENTE

MESA 1

Instrumentos de desarrollo profesional del médico de Atención Primaria

Moderadora:

F. Gil Latorre

Doctora en Medicina. Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Valencia.

Ponentes:

S. Minué Lorenzo

Médico de Familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

V. Gosalbes Soler

Médico de Familia. CS Salvador Pau, Valencia. Responsable de la Sección de Desarrollo Profesional de la semFYC. Especialidad en el área de urgencias.

C. Almendro Padilla

Médico de Familia y Tutor de Residentes de MFyC. Centro de Salud de Torrente, Valencia. Responsable de la web de la semFYC.

Desafíos en la formación de profesionales en Atención Primaria

S. Minué Lorenzo

"Los chavales que comienzan hoy la escuela se jubilarán en 2065. ¿Tienes idea de cómo será el mundo entonces? Yo, no". Ken Robinson¹.

Predominan las opiniones sobre la magnitud del cambio que, inevitablemente, se producirá en los próximos años en materia de enseñanza y aprendizaje, y que afectará especialmente al contexto de la salud y la asistencia sanitaria, inmerso de por si en cambios de gran intensidad (transición epidemiológica, cambios demográficos, modificación del papel del paciente, Internet y nuevas tecnologías, etc.)². Desde el ámbito más académico (el profesor de sociología Z. Bauman, quien considera que, "en ningún otro punto de inflexión de la historia humana los educadores debieron afrontar un desafío comparable con el que nos presenta la divisoria de aguas contemporánea"³), hasta el más innovador (Tim O'Reilly, creador del término Web 2.0, quien cree que "nos encontramos frente al período de más profunda reinvenCIÓN de la educación y de los modos de aprendizaje desde la invención de la imprenta"). En el ámbito sanitario, las aportaciones al debate educativo incluyen desde la posibilidad de reducir la duración de la carrera de medicina de 4 a 3 años (en Canadá)⁴, a la necesidad de crear Institutos de Educación Médica Continuada, ante el hecho de que el 60% de la educación médica continuada en Estados Unidos procede de la industria farmacéutica⁵. Un interesante ejercicio de análisis sobre los posibles escenarios de evolución hasta 2025 de la medicina académica⁶ incluía, entre ellos, la posibilidad de que la enseñanza de la medicina se convirtiera en una actividad empresarial privada más, que fuera dirigida por pacientes expertos o que se integrara como actividad añadida dentro de las funciones de los servicios sanitarios.

Parece recomendable en esta situación realizar un ejercicio de modestia y reconocer, como recomendaban en este último informe, que "pensar en el futuro será cada vez más importante, y cada vez más difícil". En palabras del profesor Robinson¹ "no podemos mirar atrás; la mayor parte de nuestras

reformas se basa en una falacia: que la forma de enfrentar el futuro es hacer mejor lo que hicimos en el pasado".

En este sentido algunas de las nuevas orientaciones que podrían modelar la formación futura de profesiones sanitarias serían los siguientes:

1. *El aprendizaje (más que la enseñanza) como deber* (además de derecho), "desde la cuna a la tumba". La época en la que la formación se limitaba a la fase de estudios universitarios y en todo caso de posgrado, o que era considerada como responsabilidad exclusiva de la empresa pertenece al pasado, como ya se reconoce en la normativa vigente⁷. Aparece el concepto de aprendizaje a lo largo de la vida (*lifelong learning*), pendiente de desarrollo en el sistema sanitario español.

2. *La dirección del proceso de aprendizaje por el propio médico*, una vez construido el marco en el que va a desarrollarse su actividad profesional; este marco vendrá establecido por el equilibrio que sean capaces de acordar la empresa para la que trabaje y la profesión a la que pertenezca, en un proceso de negociación y acuerdo lleno de posibilidades y dificultades. Pese a la limitada evidencia científica sobre su efectividad⁸, una abrumadora mayoría de las empresas e instituciones ha optado por modelos de competencias profesionales para enmarcar esto. El paradigma clásico de educación médica continuada (*continuing medical education*) es sustituido por modelos de desarrollo profesional continuo (*continuing professional development*)⁹, en los que el papel del profesional pasa de sujeto de la formación que otros le indican a agente activo de su propio aprendizaje. Para ello, instrumentos como los "portfolios" se convierten en instrumentos importantes para establecer la "hoja de ruta" de lo que el médico debe mantener actualizado en su devenir profesional¹⁰.

3. *La existencia de un limitado y concreto campo de conocimientos que deberían mantenerse actualizados, con una orientación preferente de aplicación en el trabajo cotidiano*¹¹. La formación exigida y financiada debe enmarcarse en las necesidades del trabajo diario, para su aplicación práctica; pero de la misma forma, será imprescindible mantener espacios de reflexión que permitan el análisis y fomenten la creatividad.

4. *La utilización de casi cualquier elemento como recurso formativo*: un artículo, una historia clínica, un caso o un problema, un video de You Tube, una película de cine, la autoregabación con un paciente, un diario de reflexión sobre incidentes críticos en la consulta, blogs variados de profesores, alumnos y mixtos, la discusión de un caso clínico con los colegas, la grabación en audio a manera de "podcast" de una conferencia, etc.

5. *La construcción del aprendizaje a partir de elementos más sencillos*: de la misma forma que la carrera profesional se irá desarrollando a partir de las titulaciones de grado, especialización y posgrado que cada profesional vaya adquiriendo, la realización de todas y cada una de las actividades formativas citadas será demostración evidente y concreta de la realización de esa "hoja de ruta formativa" que cada médico establezca. Paralelamente, las instituciones académicas estarán obligadas a la construcción de programas formativos en común: los modelos de objetos de aprendizaje (*learning objects*) integrables y reutilizables, como si fueran las piezas de un Lego, elaborados incluso por instituciones diferentes, está ya siendo utilizado en diferentes proyectos.

6. *Nuevos sistema de medición de las actividades formativas*. Llamados a desaparecer el uso de la hora de clase o los variados sistemas crediticios nacionales, se irán implantando sistemas de medida, como el crédito europeo (ECT), que obliga a estimar la duración de las actividades por el tiempo total que le supone al alumno (incluido el empleado en leer documentación, preparar y realizar exámenes o visionar materiales multimedia, así como el destinado a realizar todas las actividades citadas).

7. *El fin del monopolio educativo por parte de las instituciones académicas*. Además de universidades y escuelas de formación, sindicatos, sociedades profesionales, organizaciones sanitarias y, en especial, comunidades virtuales soportadas en trabajo en red¹² aparecen como importantes productores de formación.

8. *El aprendizaje en cualquier momento y lugar.* Los tiempos del aula como centro del aprendizaje se acabaron. Además de las ventajas que sobre el papel representa el aprendizaje a distancia (*e learning*), el desplazamiento de un lugar a otro se convierte en momento adecuado para leer un artículo, escuchar un podcast, o participar en un chat, mientras se espera un avión o se viaja en tren del domicilio al trabajo (el llamado *m learning*)¹³. Pero, en especial, la consulta aparece como el lugar básico de la formación, donde generar preguntas y, a menudo, obtener las respuestas.

9. *La necesidad de controlar la calidad de la enseñanza impartida*, ante un panorama tan complejo, obligará a las administraciones públicas sanitarias a desempeñar un importante papel de ordenación de todo ello, en el que los procedimientos de acreditación podrían ser un elemento útil (siempre que el coste del mismo no supere los supuestos beneficios).

10. *La obligación de conocer la rentabilidad de tanto gasto. Tanto en términos de efectividad del proceso de aprendizaje (evaluación el impacto formativo en la asistencia sanitaria, objetivo harto complejo)*, como sobre la rentabilidad de la inversión en recursos destinados a la formación, aspecto del que se desconoce mucho¹⁴.

Bibliografía

1. Robinson K. Do schools kill creativity? Consultado en www.ted.com/index.php/talks/ken_robinson_says_schools_kill_creativity.html.
2. Minué S. Perspectivas organizativas de la Atención Primaria: ¿en el asiento del conductor o repartiendo los billetes? *Eidón*. 2007;25:12-8.
3. Barman Z. Los retos de la educación en la modernidad líquida. Gedisa ed. Barcelona; 2007.
4. Flegel KM, Hébert PC, MacDonald N. Is it time for another medical curriculum revolution? *CMAJ*. 2008;178:11.
5. Hébert PC, Stanbrook MB, Sibbald B, Flegel K, MacDonald N, Attaran A. The need o fan institute of continuing health education. *CMAJ*. 2008;178:809-10.
6. Awashi S, Beardmore J, Clark J, Hadridge P, Madani Hmarusic A, et al. The future of Academic Medicine. Five scenarios to 2025. *Milbank Memorial Fund*. New York; 2005.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE nº 280:41442-58.
8. Leung WC. Competency based medical training: review. *BMJ*. 2002;325:693-6.
9. Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*. 2000;320:432-5.
10. Teunissen PW, Dornan T. Lifelong learning at work. *BMJ*. 2008;336:667-9.
11. Davis D, Evans M, Jadad A, Terrier L, Rath D, Ryan D, et al. The case for knowledge traslation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ*. 2003;327:33-5.
12. Shirky C. Here comes everybody. The power of organisation without organisations. Penguin Books. London; 2008.
13. Walshe K. M Learning. *BMJ*. 2005;330:1072.
14. Brown CA, Belfield GR, Field SJ. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence. *BMJ*. 2002;324:652-5.

Nuevos instrumentos de desarrollo profesional continuo: portfolio, plan personal de aprendizaje

V. Gosalbes Soler

Durante los 10 últimos años se ha producido un cambio de paradigma en la formación de los médicos pasando de la formación continuada a un concepto que aporta un papel más protagonista al profesional y que es el de "aprendizaje", y percibiéndose de forma clara un papel más activo que la mera incorporación de conocimientos biomédicos, adquiriendo un especial valor el mantenimiento o adquisición de habilidades y la necesidad de actitudes y valores que ayuden al profesional a estar en disposición de aprender. Es entonces cuando adquiere sentido el concepto de *desarrollo profesional continuo*, entendiendo por desarrollo profesional continuo el proceso de crecimiento a través del cual una persona que ejerce una profesión va incrementando y perfeccionando su grado de competencia en relación con su puesto de trabajo. Implica una dinámica activa de progresión, mantenida a lo largo de toda la vida profesional, en busca de la excelencia de la práctica, adaptando los ámbitos de conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes, todo ello enmarcado en un proceso personalizado e individualizado.

Para ello es necesaria una serie de herramientas que nos ayuden a identificar aquellas áreas y competencias en las que necesitamos mejorar.

El sistema más básico es reflexionar sobre si el aprendizaje refleja en lo que actualmente se está trabajando, reflexionando sobre qué áreas intere-

san o no, aquellas en las que nos gusta formarnos o en las que no y en aquellas áreas que deberíamos formarnos por necesidades clínicas, docentes (áreas del programa) o institucionales, etc. Sin embargo, este sistema puede dar lugar a identificar antes lo que queremos que lo que necesitamos, por lo cual es importante utilizar sistemas que pongan de manifiesto de manera objetiva nuestras reflexiones. Existen diversos métodos (PUN y DEN, análisis de incidentes críticos, self-audits, revisiones por compañeros, auto-evaluación con diarios, etc.) que nos van a permitir detectar aquellas "zonas oscuras" de nuestra formación; no existe un solo método ideal y se recomienda utilizar mas de uno.

La mayoría de estas herramientas se hallan integradas en el portfolio semFYC, que es un portfolio electrónico formativo, semiestructurado, realizado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria para los profesionales de atención primaria (AP), dirigiéndose su diseño a cualquier médico de familia en activo en la práctica asistencial en AP de salud.

Diseñado para la autoevaluación con *feedback* automático vía *online*. El profesional hace su propia evaluación sobre la documentación o pruebas que ha recogido, mediante una serie de indicadores que se le facilitan. Introduce los resultados a través de la página web, y el programa, automáticamente, le devuelve su perfil con elementos de calidad y áreas de mejora. Una vez identificadas sus áreas con mayor margen de mejora habrá que definir lo que se llama:

Plan personal de aprendizaje

Es, por tanto, la conjunción de herramientas de evaluación y aprendizaje, especialmente adaptadas a cada individuo y cada realidad, lo que puede facilitar que cada uno de los profesionales pueda mantener los niveles más adecuados de calidad. Siendo actualmente los planes personales de formación (PPA) la herramienta que nos permite identificar y dirigir nuestras necesidades de formación mediante la elaboración de un plan, en el que se especifica cómo se han identificado las necesidades, los objetivos que se pretenden alcanzar, los métodos que se van a utilizar para ello y el sistema que emplearemos para evaluarlo.

Este sistema de formación está basado en los principios de educación para adultos, caracterizándose porque la adquisición de conocimientos se basa en necesidades detectadas por los profesionales, que el propio proceso estimula la autorreflexión, pudiendo alcanzarse por diferentes métodos según el tipo de necesidades de los profesionales, siendo la autoevaluación de los resultados del aprendizaje parte del proceso de aprendizaje: la autoevaluación del progreso se integrará dentro del proceso para considerar que se ha completado el programa.

Los PPA presentan una doble ventaja: por una parte, permiten a los profesionales orientar su formación hacia las necesidades reales, y al mismo tiempo, desde la óptica de la organización, nos permitirán orientar la generación y difusión del conocimiento hacia las necesidades reales para el desarrollo profesional de nuestros socios. Es decir, orientan la formación desde un proceso pasivo hacia una gestión del conocimiento.

Entendemos por gestión del conocimiento la transferencia del conocimiento y experiencia existente en una organización, de modo que pueda ser utilizado como un recurso disponible para otros miembros de la organización. Es decir, la gestión de conocimiento pretende poner al alcance de cada miembro la información que necesita en el momento preciso para que su actividad sea efectiva.

La irrupción de las TIC (tecnologías de información y comunicación) en el ámbito laboral, sanitario y docente ha condicionado la aceleración de todo este proceso.

Nuevas tecnologías y gestión del conocimiento colaborativo

C. Almendro Padilla

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) están cambiando la forma en que nos relacionamos con la información y se gestiona el conocimiento.

La expresión "nativos digitales" fue acuñada por Marc Prensky en oposición a "inmigrantes digitales" (los inmigrantes llegados tarde a las TIC). En él, el autor comenta cómo las nuevas tecnologías están modificando de una forma fisiológica la forma como el cerebro procesa la información, por un mecanismo de "neuroplasticidad". El autor distingue hasta 17 campos en los cuales las diferencias son significativas. Por ejemplo, en la escritura de los SMS, que se vuelve código impenetrable para los adultos;

los SMS que algunos pueden teclear con una sola mano en el bolsillo a velocidad increíble para nosotros, o la "simultaneidad" o "multitareas" de acciones, como la manera de utilizar las mensajerías instantáneas con varias ventanas abiertas, y varios diálogos simultáneos en los cuales comunican por fragmentos mientras los inmigrantes digitales tienden a llevar una conversación completa con una persona antes de pasar a otra de una forma lineal, su relación con la información es diferente. Los nativos digitales adoran compartir y distribuir la información en cuanto la reciben ("compartir el conocimiento es poder", escribe Prensky), mientras que los inmigrantes digitales son más reservados a la hora de compartir.

Sin embargo, más que una cuestión de edad se trata más de ciertas experiencias relacionadas con la forma en que interactúan con las tecnologías de la información, la información en sí, entre sí y otras personas e instituciones, y tiene relación con la forma y estilo de aprendizaje que hemos desarrollado. Hay un conocimiento subjetivo, basado en la experiencia personal, y fuertemente ligado a la acción en un determinado contexto llamado *conocimiento tácito*, que todos poseemos y que es difícil de explicar.

Por ejemplo, hay compañeros que se manejan mejor que otros en pacientes con patología mental. Se sienten seguros para responder con habilidad a distintas situaciones. Otros manejan el tiempo en consulta mejor que otros. Otros compañeros son más competentes para persuadir que otros. Otros, son capaces de manejar mejor que otros la incertidumbre de la consulta y razonan de una forma más efectiva que otros.

El problema que se plantea es cómo favorecer la explicitación de ese conocimiento tácito que todos tenemos. Algunos autores, como Snowden, vienen divulgando el poder de las narrativas (*story telling*) para transferir conocimiento tácito.

La narrativa es una articulación de la experiencia en un contexto determinado. La forma en que describimos las situaciones define cómo actuamos y, por lo tanto, las narrativas son grandes facilitadores de la acción. También ayudan a que los profesionales construyan *arquetipos* de pacientes. Estos arquetipos no son más que segmentaciones basadas en las necesidades de los pacientes, las características de la patología y la tipología de los pacientes que padecen una determinada condición.

Los profesionales al construir arquetipos lo hacen desde la narrativa, facilitando la reflexión, y utilizando el conocimiento tácito transmitiéndolo entre compañeros.

El arquetipo sirve para que, de una forma rápida e intuitiva, se caracterice a un paciente en función de sus necesidades y comportamientos

¿Cómo favorecen las nuevas tecnologías la difusión del conocimiento tácito?

Fundamentalmente con dos instrumentos: los blog y las redes sociales. Los *blog* o *bitácoras* son instrumentos de reflexión, habitualmente de un solo autor que lidera y reflexiona sobre un tema, y que puede permitir ser comentado por los lectores.

Las *redes sociales* son comunidades abiertas, sin un liderazgo definido, en el que existe un compromiso por parte de sus miembros para aportar sus experiencias. Los profesionales comparten el conocimiento tácito por medio de las narrativas.

La información en internet se comporta de forma caótica, es decir, no podemos predecir qué vamos a encontrar. Una característica de la información en internet es que tiende a autoorganizarse en nodos de información: revistas, bases de datos, blog, wikis, listas de distribución, redes sociales, repositorios de imágenes, videos, presentaciones. Aprender en la red es la capacidad de establecer conexiones entre estos nodos.

Bibliografía

- Almendro C. Feedback. Nativos e Inmigrantes digitales [internet]. Barcelona: semFYC [citado el 8-08-2008] accesible en: <http://www.semfyce.es/es/blog/personal/FeedBack/>
- Almendro C. La Web 2.0, la Medicina de Familia y los Wikis [internet]. Barcelona: semFYC [citado el 8-08-2008] accesible en: http://www.semfyce.es/es/blog/personal/Blog_NT_Wiki/
- Almendro C. Los RSS, una forma de autoorganizar la información en internet [internet]. Barcelona: semFYC [citado el 8-08-2008] accesible en: http://www.semfyce.es/es/blog/personal/Blog_NT_RSS/
- Almendro C. Conocimiento tácito, narrativas y redes sociales [internet]. Barcelona: semFYC [citado el 8-08-2008] accesible en: http://www.semfyce.es/es/blog/personal/NT_tacito/

MESA 2

La docencia del médico de familia en urgencias

Moderador:

A. Caballero Oliver

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Urgencias del Hospital General Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC (GUAC-semFYC). Coordinador nacional del Programa ESVAP de la semFYC.

Ponentes:

B. Comas Díaz

Médico de Familia. Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. Miembro del GUAC-semFYC. Coordinador del Programa ESVAP de la semFYC en Baleares.

J.A. Cordero Torres

Médico de Familia. UME-112 y Servicio de Urgencias del Complejo Universitario Hospitalario de Badajoz. Coordinador del GUAC-semFYC. Redactor del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Área de Urgencias.

M. Valiente Millán

Médico de Familia. Vicesecretaria de la semFYC. Miembro del GUAC-semFYC. Coordinadora del Programa ESVAP de la semFYC en Cantabria.

J. Pueyo Val

Médico de Familia. Instructor en Simulación Médica en la Unidad Medicalizada de Emergencias 1, Zaragoza (061 Aragón). Miembro del GUAC-semFYC. Coordinador del Programa ESVAP de la semFYC en Aragón.

Introducción

A. Caballero Oliver

La medicina de familia tiene un amplio campo de actuación que, inevitablemente, enfrenta a quien la ejerce con "la urgencia". En algunos casos, como puede ser en el centro de salud, este encuentro es más o menos excepcional, pero no son pocos hoy los médicos de familia que hacen de este encuentro una rutina profesional, al desarrollar su labor en puestos específicos dedicados a la atención urgente.

En unos y otros casos, es obligado ofrecer una atención de calidad al paciente que consulta con un problema urgente, y ello pasa obviamente por una formación y entrenamiento adecuados en el manejo de las emergencias y en el abordaje –al menos inicial– de las urgencias.

Lo anterior hace necesario que la docencia del médico de familia contemple a la urgencia como un área de interés preferente, lo que se ve apoyado por el hecho de que la atención a la urgencia verdadera, por definición, nunca es demorable.

Ante esta realidad, cabe plantearse dos preguntas básicas relativas a la docencia del médico de familia en urgencias: 1) ¿Cuáles son las competencias que el médico de familia debe tener para dedicarse a la atención a las urgencias?, y 2) ¿cuáles son los instrumentos de que dispone el médico de familia para adquirir esas competencias?

El médico de familia que atiende urgencias (esto es, todo médico de familia) debe poseer conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para atender cualquier urgencia médica, así como las de cirugía, traumatología, pediatría, ginecología y salud mental. Además, debe tener competencias para distinguir el verdadero problema de salud urgente entre una abundante demanda por patología "banal", así como estar familiarizado con el abordaje biopsicosocial de los problemas de salud¹. Todo ello le capacita para atender con garantías a los pacientes urgentes en los centros de salud, en los equipos de emergencias y en los servicios de urgencias hospitalarios.

La adquisición de tales competencias se contempla substancialmente en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria², y se concreta desde el primer momento en que el médico residente co-

mienra sus rotatorios y realiza sus guardias en el centro de salud, en el hospital y, en los últimos años y cada vez de forma más extendida, en las ambulancias medicalizadas de los equipos de emergencias³.

Pero la formación del médico de familia no termina cuando completa su período de residencia y obtiene su título de especialista, como sucede con cualquier otra disciplina médica. A lo largo de su ejercicio profesional, el médico de familia debe procurar una formación continuada que complete aquellas áreas de su campo de trabajo que quiera o precise desarrollar de manera concreta. En el campo de la urgencia, dos instrumentos valiosísimos, "de última generación", para este fin son la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE) y la simulación.

La ECOE es una herramienta evaluativa y, a su vez, formativa, que permite el entrenamiento en escenarios en los que se reproduce con la máxima similitud posible la realidad, con un *feed-back* tras la prueba que posibilita la mejora continua del alumno que se enfrenta a ella. La semFYC ha desarrollado ya un excelente modelo de ECOE de urgencias, que ha puesto en práctica con gran éxito y con una alta consideración por los participantes en la misma.

Finalmente, es hoy cada vez más accesible el entrenamiento de ciertas habilidades mediante técnicas de simulación que están teniendo una aplicación concreta en el campo de la urgencia y que posibilitan el perfeccionamiento en algunas técnicas complejas que, practicadas sobre pacientes, entrañan un riesgo que la simulación (en sus diferentes vertientes: robótica, virtual, etc.) evita.

La docencia del médico de familia, construida de esta forma, a lo largo de su período de residencia y a lo largo de todo su desempeño profesional, permite asegurar su adecuada competencia para el ejercicio de la medicina de urgencias⁴.

Bibliografía

1. Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias. Aten Primaria. 2001;27:58-61.
2. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas. semFYC. 2005.
3. Caballero A, Trillo C, Muñoz L, García JJ, Montero E. El médico de familia en los distintos niveles de la atención urgente. Libro de Ponencias y Comunicaciones. IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla; 1998. p. 1-24.
4. Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias: seguimos juntos. Aten Primaria. 2006;38:247-9.

Competencias básicas en urgencias

B. Comas Díaz

La atención médica urgente se ha convertido en un componente esencial de la asistencia sanitaria actual, hasta el punto de convertirse en una puerta de entrada y acceso habitual al sistema sanitario. Ello ha obligado a la adaptación de los servicios de urgencias y emergencias a esta realidad, lo que pasa por una reorganización estructural, una adecuación de recursos humanos y técnicos, y una definición clara del mapa de competencias del médico de urgencias.

La situación laboral en estas áreas dista mucho de ser la idónea. Los médicos tienen una procedencia profesional muy diversa y conviven situaciones contractuales que favorecen agravios comparativos. La heterogeneidad en cuanto a la formación y conocimientos del facultativo de urgencias nos obliga a buscar un equilibrio necesario para mejorar la calidad asistencial prestada así como la propia autosatisfacción. Es fundamental disponer de una plantilla polivalente, propia y fija, que permita la unidad de criterio en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El médico de urgencias debe tener un perfil específico para ser capaz de manejar la mayor parte de los pacientes, de forma integral y dinámica, utilizando a otros especialistas como consultores.

Esta visión que planteamos nos lleva a entender a los profesionales como expertos en la atención de la patología de urgencias de manera integral, de tal forma que pudieran ser capaces de resolver con la misma competencia cada uno de los problemas asistenciales, organizativos y sociales que se presenten.

La definición del marco de competencias de los profesionales que se dedican a las urgencias y emergencias viene marcado fundamentalmente por tres áreas distintas: competencias de conocimientos, competencias de

habilidades técnicas, competencias de habilidades personales y actitud, y competencias formativas. De forma breve y concisa analizamos cada uno de ellos:

- Competencias de conocimientos: incluimos todo lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de las patologías más prevalentes que conforman las consultas urgentes, sean de la especialidad que sean.
- Competencias de habilidades técnicas: hacen referencia a cualquier tipo de técnica intervencionista, desde una intubación orotraqueal, pasando por la colocación de catéteres, hasta la realización de punciones.
- Competencias de habilidades personales y actitudes, donde incluimos conceptos como la capacidad de trabajo en equipo, capacidad de decisión, assertividad, comunicación, empatía, valores ético morales, gestión del tiempo, capacidad negociadora, orientación a resultados y gestión de los recursos disponibles para mejorar la eficiencia de la atención prestada.
- Competencias formativas e investigadoras: el médico de urgencias debe estar capacitado para asumir la formación y docencia de residentes y de otros colegas que realizan rotaciones específicas en estas áreas. Deben conocer diferentes métodos docentes y saber cómo y cuándo aplicarlos para proporcionar el *feed back* adecuado al residente. También se deben establecer líneas prioritarias de investigación una vez identificadas las áreas o procesos susceptibles de mejora. Todo ello contribuye a mejorar el desarrollo profesional del facultativo.

Especial atención merece la adaptación a las nuevas tecnologías, entendidas, en ocasiones, como una amenaza para las áreas de urgencias. Los sistemas de información no deben ser un fin en sí mismos, sino convertirse en una herramienta útil y ágil que facilite la actividad asistencial, formativa e investigadora del médico.

Actualmente, el programa docente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria establece como indispensable la formación en la atención de la patología urgente, lo que dota al médico de familia de un perfil profesional que se adapta perfectamente a esas competencias, necesarias para trabajar en los servicios de urgencias y emergencias. A pesar de ello, debemos seguir trabajando en mejorar la formación de nuestros residentes en estas áreas para garantizar una atención correcta y mantener unos estándares de calidad.

Bibliografía

- Buitrago F, Vergeles JM. Impacto de una óptima atención primaria en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. Med Clin (Barc). 1997;109:565-6.
- Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias. Aten Primaria. 2001;27:58-61.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287:226-35.
- Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C; 1997.
- Nolla M. Desarrollo de las competencias profesionales. Educación Médica. 2002;5:76-81.
- Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106:97-102.
- Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas. semFYC. 2005.
- Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D, Landon B. Physicians' Assessments of Their Ability to Provide High-Quality Care in a Changing Health Care System. Medical Care. 2001;39:254-69.
- Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El futuro de la medicina de familia. Aten Primaria. 2001;28: 657-61.
- Web de la Fundación IAVANTE: <http://www.iavantefundacion.com>.

La formación en urgencias en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

J.A. Cordero Torres y M.A. Castro Villamor

El programa docente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria contempla de forma específica la formación en el área de urgencias y emergencias. En él se especifican claramente las actividades docentes que se deben realizar, distribuidas por prioridades (y nivel de responsabilidad), así como las técnicas diagnósticas y terapéuticas que el futuro médico de familia debe conocer y dominar.

El aprendizaje en esta área se realiza durante los 4 años que dura la residencia de medicina familiar y comunitaria, en las guardias que realizan en

los servicios de urgencias hospitalarios, en las guardias que realizan en los puntos de atención continuada de atención primaria (PAC) o en sus centros de salud. Además, en muchas unidades docentes esta formación se completa con guardias en las unidades móviles de emergencias.

Durante su formación los futuros médicos de familia realizarán entre 16 y 18 módulos de guardias en los servicios de urgencias hospitalarios (1.200-1.350 h) y otras tantas en los centros de salud o PAC, y se completan con 2 módulos de guardias en los sistemas de emergencias (150 h). Por otra parte, asistirán a cursos específicos de formación sobre aspectos esenciales en el área de urgencias y emergencias, como cursos acreditados en reanimación cardiopulmonar o sobre asistencia inicial a los pacientes politraumatizados, que las unidades docentes en medicina familiar y comunitaria tienen programados a lo largo de la residencia. Por último, el programa prevé la posibilidad de estancias electivas que permitan adquirir determinadas competencias, entre las que se podrían considerar las relativas a catástrofes, coordinación, etc. Por lo tanto, la especialidad de medicina familiar y comunitaria capacita a los médicos de familia en el abordaje del paciente en situación de urgencia e, indefectiblemente, en todas aquellas circunstancias que se producen en atención primaria y en muchas que se producen fuera de la misma.

En la actualidad, los médicos de familia tienen bajo su responsabilidad un buen número de las atenciones urgentes y emergentes que se desarrollan a diario en nuestro país: la asistencia urgente que se realiza en los centros de salud y PAC, y son los que nutren hoy en día a los servicios de urgencias hospitalarios de nuevos profesionales capacitados. Tanto es así que de las últimas promociones de residentes de medicina familiar y comunitaria más de un 70% están trabajando en distintos ámbitos de las urgencias y emergencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias.

Cada vez son más los datos que apuntan a que la formación de los médicos de familia que culminan su residencia es adecuada para trabajar en el área de las urgencias y emergencias, como apuntan los recientes estudios, donde se objetiva que la incorporación a los servicios de urgencias hospitalarios de médicos de familia se acompaña de un aumento de la efectividad y la calidad de la asistencia, siendo esta intervención coste-efectiva. El programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria prevé el aprendizaje del manejo diagnóstico y terapéutico inicial de las urgencias, tanto médicas y quirúrgicas como traumatológicas, que se atienden en un centro de salud para considerar al residente de medicina familiar y comunitaria como apto. Pero, cuando el residente quiere formarse más a fondo en esta área competencial, además prevé otros dos niveles: destacado, para el abordaje de las urgencias en un primer nivel en el hospital, y un nivel de experto, para el manejo de las urgencias en la zona de críticos del hospital. Estos niveles son los que deberían desarrollar los residentes de medicina familiar y comunitaria que pensaran dedicarse en un futuro a la atención de las urgencias y emergencias.

Actualmente, los nuevos profesionales que se incorporan a los servicios de urgencias y emergencias, hospitalarios y extrahospitalarios, son, en su inmenso mayoría, médicos de familia, siendo esta circunstancia un reconocimiento a la buena formación en esta área durante su residencia. Sin embargo, debemos revisar cómo podría mejorarse la formación del médico de familia en urgencias. Así, por ejemplo, se debe incidir en la supervisión de los residentes por parte de los tutores alcanzando una responsabilidad progresiva y compartida. Igualmente, sería necesario establecer unos claros objetivos docentes en los propios servicios de urgencias que imparten la formación y evaluar la consecución de los mismos, para poder detectar las áreas con déficit formativo y poder implementar medidas encaminadas a corregir los mismos.

Bibliografía

- Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias: seguimos juntos. Aten Primaria. 2006;38:247-9.
- Casado Vicente V. Médico de urgencias y emergencias: ¿área de capacitación desde la especialidad de medicina familiar y comunitaria? Aten Primaria. 2005;36 Suppl 1:19-20.
- Castro Villamor MA. Medicina de urgencias y emergencias y medicina de familia. ¿De dónde partimos y hacia dónde vamos? Aten Primaria. 2005;36 Suppl 1:17-9.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas. semFYC; 2005.
- Jiménez S, De la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. Med Clin (Barc). 2005;125:132-7.

La ECOE como herramienta de formación en urgencias

M. Valiente Millán

En el transcurso de las II Jornadas de Urgencias y Emergencias, celebradas en Granada en el año 2007, la semFYC presentaba por primera vez la prueba conocida como evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE) a los profesionales que trabajan en el área de urgencias.

La ECOE es una herramienta evaluativa y, su vez, formativa, de acuerdo a unos estándares consensuados por expertos. El objetivo de la ECOE de urgencias, una experiencia piloto en nuestro país, es identificar qué aspectos de la atención en urgencias pueden mejorarse. Pretende determinar la calidad de las decisiones, movimientos y actuaciones de los facultativos ante distintas situaciones que reproducen casos reales de la actividad cotidiana.

Los profesionales que participan en la prueba deben afrontar una serie de estaciones, que simulan situaciones concretas de la práctica clínica de un servicio de urgencias. La prueba permite al evaluado saber qué debe hacer mejor pero también le ayuda a conocer sus puntos fuertes, aquellos en los que no sólo no tiene que mejorar, sino que además es probable que pueda dedicarse a enseñar a otros.

En el caso de las urgencias, se utilizan además metodologías de simulación en las que se pretende que el profesional se encuentre en situaciones comunes con el mayor realismo posible.

La simulación como nueva estrategia de formación en urgencias

J. Pueyo Val

Desde los tiempos en que el hombre ha intentado sanar, se han seguido numerosos métodos para enseñar el conocimiento médico. Desde la transmisión oral del propio conocimiento, la simple observación, o la realización del acto médico en cadáveres o bien de forma directa en el paciente, supervisada o no, por primera vez.

A mediados de los años cincuenta se inició una nueva forma de gestionar el conocimiento médico basada en poder realizar técnicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, previas a ser utilizadas sobre el propio paciente. Surge de este modo la simulación médica como herramienta de enseñanza y aprendizaje, como ya había surgido en otras disciplinas, como la aviación. En España existen centros donde, desde hace varios años, utilizan estas técnicas principalmente como método de entrenamiento, pero cada vez más como método de enseñanza e incluso como requerimiento necesario o de capacitación previo para desempeñar la labor asistencial.

La simulación médica basa su principio en poder trabajar herramientas médicas de todo tipo en situaciones, entornos y pacientes no reales, pero con el mayor realismo y reproducción de la propia realidad posibles de forma interactiva, de tal forma que el alumno tenga la sensación de vivir una situación tan real, física y mentalmente, como sea posible. Se crean entornos de salas de urgencias, consultas, domicilios, calles con vehículos, etc. y pacientes de todo tipo: edades, sexo, laborales, etc. con todas las enfermedades médicas, traumatológicas, quirúrgicas, mentales, etc. urgentes posibles. Con ello se pretende enseñar y entrenar en las competencias necesarias y requeridas por el profesional o por las instituciones: técnicas, habilidades, toma de decisiones, etc.

La simulación médica concede la oportunidad de cometer los errores necesarios sobre situaciones no reales, reduciendo la posibilidad de realizar daño al ejercer el arte médico en la asistencia urgente. Enfatiza, además, en su análisis constructivo inmediatamente posterior al mismo, revisando la actuación con el alumno/os participantes y el resto del alumnado (*debriefing*), mediante técnicas orales, visuales, grabaciones de video, audio, escritas, etc.

Los métodos actuales para realizar una adecuada gestión de la simulación médica son muy variados y dispares. La realización de la práctica médica sobre equipos de técnicas (una sola técnica), o *muñecos o maniquíes básicos* o avanzados para soporte vital, es el más utilizado y menos costoso, si bien los nuevos simuladores permiten crear escenarios casi reales, pudiendo utilizar la mayoría de las herramientas que el profesional maneja en su labor diaria sobre maniquíes que interactúan con el alumno a expensas de éste y/o el personal docente instructor. Es la *simulación robótica o sobre maniquí*.

La *simulación virtual* permite recrear escenarios sin estructura física real: un complejo sistema informático, video, audio, etc. permite realizar la téc-

nica sin tener presente muñecos, maniquíes, etc. Permite realizar técnicas complejas y/o muy molestas para el paciente.

Al aplicar la simulación virtual (la base del aprendizaje y entrenamiento de los pilotos de aviación) sobre una estructura física real robótica obtenemos un nivel de complejidad superior. Es la llamada *simulación sobre realidad mezclada*, en la que mediante sistemas altamente sofisticados se aplican estructuras visuales y auditivas sobre o en el interior del robot, que realmente no existen en ese momento o no son visibles o audibles.

En lugar de utilizar material inerte se pueden recrear los escenarios médicos urgentes con actores entrenados o con el resto de los alumnos, *role playing*, con la limitación de no poder realizar determinadas exploraciones o técnicas, pero con la ventaja de crear un paciente real con sus expresiones, cambios de facciones, etc., siendo la entrevista clínica la gran beneficiada en este campo: *simulación humana, por actores o escénica*.

El *e-training* está basado en la utilización de internet como medio docente, pudiendo acoger a gran número de alumnos al mismo tiempo y/o con gran dispersión geográfica. Permite utilizar recursos audiovisuales, de comunicación online, desarrollo secuencial según las opciones que vaya escogiendo el alumno, pudiendo utilizar todas las herramientas diagnósticas y terapéuticas, con la salvedad de estar haciéndolo a través de un ordenador (*teleformación*).

La simulación médica es fiable, repetible, mensurable y analizable, cumpliendo así con las exigencias para ser una buena herramienta docente. Puede ser utilizada por uno o numerosos alumnos a la vez, presentes o a distancia, repetible hasta convertirse en automatismo. Respeta, además, el principio médico *primum non nocere*, ya que no se enseña, ni se practica, directamente sobre el propio paciente. Permite una infinita variabilidad de complejidad, pudiéndose adecuar a cada situación, necesidad, etc., variando el escenario creado en función de la evolución y resolución del/los alumno/s. Por otro lado, es un método de enseñanza que necesita más inversión en tiempo y dinero, siendo más compleja su realización por necesitar infraestructuras más o menos complejas, y personal especializado y acreditado en esta nueva disciplina docente.

En conclusión, es una herramienta que, en el área de urgencias, permite el médico de familia entrenarse solo o con el resto del equipo, en situaciones tanto frecuentes como aisladas, lo que permite ser una buena herramienta de capacitación y entrenamiento a médicos que inician, o ya realizan, su labor profesional directamente en el área de urgencias hospitalaria o extrahospitalaria, como de aquellos no habituados e incluso alejados de los medios adecuados, formando de forma inicial y continua. También es una herramienta válida para estudiantes pregrado, así como para médicos internos residentes, diplomados de enfermería, etc. Disminuye los efectos negativos asociados a las situaciones de estrés generadas en las situaciones de urgencia y aumenta la seguridad de la asistencia sanitaria, minimizando los riesgos conforme a un mayor número de práctica de esta herramienta docente. Mejora y fomenta el trabajo en equipo y multidisciplinar, habilidades técnicas, etc.

La simulación médica es una herramienta en continua expansión e innovación, que mejora la calidad asistencial y aumenta la seguridad de los pacientes, de la que puede y debe valerse el médico de familia.

Bibliografía

- Education and robotics. Medical simulation in paediatrics: a promising future. An Pediatr (Barc). 2008;68:541-3.
http://www.3bscientific.es/3d_models.html
<http://www.iavante.es>
<http://www.alfamultimedia.com/es/index.html>
<http://www.medicalsimulator.net/>
<http://www.laerdal.es>
<http://www.humv.es>
<http://www.health.herts.ac.uk/hicsc/>
 Rabanal JM, et al. Nuestra experiencia con 553 médicos de urgencia hospitalarios. Emergencias. 2003;15:333-8.

Taller 1

Cinco habilidades para tutorizar con 5 minutos

Docentes:

M. Álvarez Martínez

Médico de Familia. Centro de Salud Guillem de Castro, Valencia. Coordinadora del GdT Educación Médica y Desarrollo Docente de la SVMFiC.

B. Vico Garcerán

Médico de Familia. Centro de Salud Manises, Valencia. Miembro del GdT Educación Médica y Desarrollo Docente de la SVMFiC.

Objetivos:

El objetivo principal es conocer un modelo de enseñanza que proporcione una herramienta básica diseñada en 5 pasos, sistemática y fácil de recordar para una docencia eficiente entre tutor y residente en un ambiente clínico.

Sus objetivos específicos son:

- Ayudar a médicos sin experiencia en la tutorización del residente, ganando confianza y proporcionando al discente un soporte docente.
 - Diferenciar las diferentes etapas de un aprendizaje eficaz según el modelo propuesto:
1. Asumir responsabilidad.
 2. Indagar en la evidencia.
 3. Enseñar conocimiento general.
 4. Retroalimentación positiva.
 5. Retroalimentación negativa.
- Reforzar activamente la utilización de una correcta retroalimentación como fuente de enseñanza.

Taller 2

Cómo no desmotivar al residente

Docentes:

E. Peñascal Puigol

Médico de Familia. ABS Bordeta-Magraners, Lleida. Profesor asociado de la Universitat de Lleida. Tutor de residentes de MFIC. Coordinador de la Unidad Docente de MFIC de Lleida.

M. Esquerda Areste

Especialista en Pediatría y Psicología. CESMID, Lleida. Ex tutora de residentes de MFIC. Máster en Bioética. Profesora asociada a la Universitat de Lleida.

M. Pena Arnaiz

Médico de Familia. ABS Pla d'Urgell, Lleida. Doctor en Medicina. Profesor asociado de la Universitat de Lleida. Tutor de residentes de MFIC. Tutor acreditado por el IES.

M. Sarmiento Cruz

Médico residente de cuarto año. Unidad Docente de MFIC de Lleida. Vocal de Residentes de la semFYC.

Objetivos:

Los residentes actuales se encuentran con un sistema sanitario poco orientado a su formación, con unos tutores preocupados por su carga asistencial y con pocos instrumentos para llevar a cabo una docencia adecuada a las expectativas actuales de ambos. Por otro lado, los residentes inician una especialidad con menor compromiso vocacional y un alto grado de exigencia por sus condiciones laborales futuras. Este encuentro, en

muchas ocasiones, puede acabar desilusionando a todos los actores. El objetivo principal es facilitar la autoreflexión y el análisis personal de la tarea de ser tutor centrándose en los modelos de la relación tutor-residente.

Los objetivos secundarios son:

- Facilitar una metodología para detectar situaciones de mejora en esta relación (instrumentos de detección y abordaje).
- Facilitar a los tutores una ampliación de su focus relacional con los residentes.
- Mejorar la relación docente entre tutores y residentes.

Gymkhana docente

El juego como elemento innovador

Docentes:

J.C. Salas Hospital

Coordinador de la Unidad Docente de MFyC Las Palmas Norte-Sur.

A. Rodríguez Espinosa

Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC Las Palmas Norte-Sur.

R. Redondas Marrero

Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

J.L. Burgazzoli Samper

Subdirector de Gestión. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

M.T. Martínez Ibáñez

Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC Las Palmas Norte-Sur.

Resumen:

Se trata de una *gymkhana* por equipos en la que se exploran áreas competenciales propias del médico de familia.

A todos los médicos de familia participantes se les distribuirá en 5 equipos, asignándose a cada uno un itinerario (variando el orden) por el mismo número de "casas" que responden al nombre de un ilustre médico en las que se exploran competencias del médico de familia. El tiempo máximo para resolver la actividad propuesta es de 30 minutos en cada "casa". Previo al inicio de la actividad, se realizará una reunión con todos los asistentes a fin de explicar la metodología, no así el desarrollo, también la presentación de objetivos y formación de los equipos.

Tras finalizar la *gymkhana* se prevé una nueva asamblea para evaluar la actividad, su organización, medios técnicos, cumplimiento de objetivos, así como hacer una evaluación cualitativa de los participantes al respecto de la utilidad, aplicación, participación individual y grupal. Dicha evaluación, así como el desarrollo del taller, quedará registrada en video.

C@P docente

Presentación C@P-Boletín docente

Ponentes:

A. Sisó Almirall

Director Revista c@p.

E. de Serdio Romero

Coordinador Boletín c@p docente.

Resumen:

Los objetivos son:

- Crear un espacio de comunicación entre Comisión Nacional, Unidades Docentes y socios.
- Crear un espacio de información sobre noticias CN, residentes, etc.
- Compartir metodologías docentes y experiencias entre los diferentes agentes implicados.