

VIII

23-25
OCTUBRE
2024

CONGRESO NACIONAL SEFSE AReDA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA



Aniversario Fundación
20
AReDA

XX Encuentro de Tutores y Jefes de Estudio
I Encuentro de Residentes

Reointo Hospitalario y Universitario de Navarra
PAMPLONA

**Formación, Humanismo
e Inteligencia Artificial**

Conclusiones mesas de debate y foro de residentes



www.geyseco.es/sefse24



sefse@geyseco.es



Secretaría Técnica: Geyseco Tel 932 21 22 42



GEYSECO.es
GESTIÓN DE CONGRESOS Y SOCIEDADES



MESA 1:

INTELIGENCIA ARTIFICIAL: AMIGA O ENEMIGA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ponentes:

Ana Arbaizar Martínez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Estudios. Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Pilar Rodríguez Ledo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Rosa Duro Robles. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora. Mallorca. Vocal de Docencia de la Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria.

María Azcárate Irañeta. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Tutora EIR. Presidenta Subcomisión Enfermería Atención Familiar y Comunitaria

Moderadores:

Luis Alberto Rodríguez Arroyo. Jefe de Unidad de Coordinación Médica. Unidad de Formación, Docencia e Investigación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo. Ponferrada.

Ana Ariztegui Echenique. Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. EAP Elizondo. Gerencia Atención Primaria. Profesora asociada UPNA.

La Inteligencia Artificial (IA) tiene el potencial de mejorar la calidad, eficiencia y efectividad de los servicios de atención sanitaria al proporcionar información precisa y oportuna, que apoya la toma de decisiones clínicas, organizacionales y compartidas.

Es vista como un avance positivo que puede mejorar el cuidado del paciente y aliviar la carga de trabajo de los clínicos. La IA en Atención Primaria, oportunidad para el desarrollo un nuevo modelo de atención, y optimización de la decisión clínica, pero sin perder de vista al profesional y paciente los cuales deben tener la palabra final. Permite la personalización del tratamiento al analizar grandes cantidades de datos de salud, mejorando los resultados del paciente al adaptar las terapias a sus características específicas. Riesgo que la atención centrada en el paciente se vea comprometida por la IA.

La IA representa un cambio de paradigma no exento de desafíos; resistencia al cambio, necesidad de formación continua en competencias digitales, incremento de partidas presupuestarias, así como los relacionados con la privacidad de los datos, la interoperabilidad y las preocupaciones éticas. Se destaca la necesidad de regulación, educación y la preservación de la empatía en la atención en el desarrollo de la IA.

En la Formación Sanitaria Especializada, la IA puede ser una herramienta transformadora que facilita la enseñanza y la adquisición de habilidades. Desplazando el foco de atención desde la búsqueda de respuestas hacia la formulación de preguntas críticas y relevantes. Siempre desde la perspectiva de ser un complemento a la enseñanza basada en la experiencia humana.



La colaboración entre tecnólogos, profesionales de la salud y responsables políticos será fundamental para aprovechar las capacidades de la IA de manera responsable y efectiva, asegurando mejoras tangibles en la atención al paciente en la docencia y en la investigación médica. Colaboración interdisciplinaria para abordar los desafíos y maximizar los beneficios de la IA en la atención sanitaria.

A modo de conclusión, inteligencia artificial sí, pero combinada con la inteligencia natural, supervisada por profesionales y respetando la autonomía del paciente.



MESA 2:

MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (MAPAC) Y FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

Ponentes:

Xavier Bonfill y Cosp. Director del Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona. Director del proyecto MAPAC

Jose I Pijoan Zubizarreta. Ex- Jefe Unidad de Epidemiología Clínica-Hospital Universitario Cruces Biocruces-Bizkaia. Investigador del proyecto MAPAC

Jesús Corres. Especialista en Reumatología Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Investigador del proyecto MAPAC.

Moderadores:

Jesús Morán-Barrios. Presidente de Honor de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada. Bilbao

Ignacio Elejalde Guerra. Especialista en Medicina Interna. Tutor y Exvicepresidente de la Comisión Docencia Formación Sanitaria Especializada del Hospital Universitario de Navarra.

Una de las competencias prioritarias a adquirir en el periodo de formación son las de desarrollar el pensamiento crítico y la capacidad de valorar la aportación de los nuevos descubrimientos y conocimientos a su práctica clínica.

1. ¿Qué significa la Mejora de la Adecuación de la Práctica Clínica, MAPAC?

La adecuación de la práctica clínica implica tres aspectos confluyentes e inseparables en el acto clínico: la evidencia científica basada en el riesgo/beneficio, los recursos disponibles y los valores y preferencias del paciente. La estrategia general de Mejora de la Adecuación de la Práctica Clínica (MAPAC) implica el juicio crítico: Identificar prestaciones susceptibles de análisis, priorizarlas, evaluación rigurosa de esa prestación con la metodología GRADE*, elaboración de recomendaciones, formulación de acciones de mejora, implantación de recomendaciones, y monitorización y evaluación del impacto de las acciones propuestas. La eficiencia está detrás de la





adecuación que consiste en el balance entre el beneficio y el riesgo de un tratamiento, prueba diagnóstica o procedimiento, en pacientes con determinadas características y en el contexto de los recursos disponibles.

*GRADE ver:

<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sistemagrade-clasificacion-calidad-evidencia-S0009739X13003394>

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sistema-grade-metodologia-realizacion-recomendaciones-S0212656714000493>

2. ¿Qué puede aportar la mejora de la adecuación de la práctica clínica al desarrollo del profesional sanitario en formación?

Entre otros aspectos aporta empoderamiento profesional y personal, mayor personalización de la asistencia, dominio de conceptos y habilidades necesarias para dicha adecuación, capacidad de autoevaluación y mejora, contribución a la sostenibilidad del sistema de salud e incorporación multilateral del pensamiento crítico. Así mismo, contribuye a crear una cultura por el esfuerzo del trabajo bien hecho, afán de mejora, rendición de cuentas, maximizar la seguridad y la eficiencia, y, además, potenciar las habilidades en la lectura crítica, búsqueda de evidencias, recogida, gestión de datos y su análisis, mejorando los conocimientos sobre niveles de evidencia, calidad, validez científica o el valor de las guías de práctica. Tenemos ejemplos sobre mejora como lo referido a la inadecuada utilización de las pruebas de imagen (RX y TC) cuya sobreutilización implica un exceso de radiación, errores diagnósticos e ineficiencia. En este caso, la estrategia MAPAC persigue disminuir dosis de radiación ionizante y el riesgo de cáncer, el nº peticiones inadecuadas, así como el gasto y los tiempos de espera. Si utilizamos mal las pruebas de imagen en muchos pacientes estamos privando de un diagnóstico y tratamiento en tiempo y forma a aquellos que realmente lo precisan. Los residentes deben aprender que el sobreuso de técnicas diagnósticas puede demorar el diagnóstico, en ocasiones vital, de otros pacientes.

3. ¿Cuál es el entorno más apropiado para integrar la mejora de la adecuación en la rutina asistencial en la gestión de la asistencia y en la formación del personal?

La institución sanitaria, donde se aprende, es clave en la adecuación, ya que ha de mostrar que se preocupa efectivamente por reducir, al máximo posible, aquellas prestaciones asistenciales que no sean eficaces o no hayan demostrado su eficacia, que tengan un balance desfavorable de beneficios/costes o de beneficios/riesgos, y que tengan mejores alternativas y estas estén disponibles. Los beneficios esperados son los de preservar y aumentar, si cabe, la calidad asistencial a unos costes más reducidos, al tiempo que estimular la participación constructiva de todos en un proceso riguroso y transparente. Es clave la existencia de un grupo de trabajo interdisciplinar en el centro (incluyendo residentes) con implicación de las direcciones, que seleccione líneas prioritarias (técnicas, pruebas, seguridad, etc.).



4. ¿Cuál podría ser una vía inicial de incorporación gradual de estos conceptos en un programa de formación especializada?

Entre las posibles acciones están los cursos específicos sobre adecuación, la participación en alguna comisión o grupo MAPAC, la elaboración de los correspondientes protocolos y evaluación de resultados. También a través de identificar, con el tutor, un objetivo de mejora de la calidad y/o de la seguridad (infección, eventos adversos, uso de algún recurso, elaboración o adaptación de un protocolo o guía clínica) y planificar una actividad con uno o más indicadores simples y medibles a corto-medio plazo. Invitamos a visitar la página “Diana Salud” (Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud, www.dianasalud.com)

5. ¿Qué aportación puede hacer la IA a la mejora de la adecuación de la práctica clínica?

La IA puede aportarnos una mayor eficiencia en el análisis de la evidencia sobre prácticas específicas: búsquedas, lectura crítica, síntesis, elaboración de recomendaciones, etc. Mayor capacidad para obtener y procesar los datos, así como para elaborar y monitorizar los indicadores de adecuación formulados.

En conclusión, la estrategia MAPAC contribuye también a la equidad en la atención sanitaria e invitamos a incorporarla en los centros sanitarios y en los procesos de formación de especialistas. La integración de la idoneidad de la atención y la reducción del cuidado de bajo valor en la formación de los residentes puede contribuir significativamente a su desarrollo profesional y prepararlos para brindar una atención de alta calidad, centrada en el paciente y basada en la evidencia.



MESA 3.

UNA MIRADA A LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL DESDE LA ÉTICA

Ponentes:

Mikel Galar Idoate, Profesor del Departamento de Matemáticas de la Universidad Pública de Navarra y director de la Cátedra Tracasa de Ciencias de la Computación y la Inteligencia Artificial.

Pilar León Sanz, Catedrática de Historia de la Medicina y Profesora de Ética Médica de la Universidad de Navarra. Miembro de la Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Navarra y Vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial.

José Vicente Lafuente, Catedrático del Departamento de Neurociencias y Vicedecano de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco.

Moderadores:

M^a José Cerqueira Dapena, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Coordinadora de Formación Sanitaria Especializada de la Subdirección General de Ordenación y Desarrollo Profesional del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, Barcelona.

M^a Gloria Nohales Taurines, Especialista en Urología. Jefa de Estudios del Hospital del Mar, Barcelona

Introducción:

La Ley de Inteligencia Artificial Europea es un paso importante para la regulación del diseño y aplicación de la misma en la sociedad. Este marco legal y ético es el punto de partida para llevar a cabo una reflexión rigurosa y profunda sobre los desafíos éticos significativos en el ámbito de la salud. Nos referimos a aspectos tales como: la responsabilidad en el manejo de datos de pacientes, los sesgos y errores que pueden existir, la desigualdad, la toma de decisiones y la transparencia. Los resultados de estas reflexiones necesitan concretarse en principios y normas que orienten las actuaciones responsables en el ámbito asistencial y los programas de formación especializada. El éxito de la IA está también en el compromiso de las personas que la utilizan.

Discusión

En 1943 nacieron los primeros modelos de neuronas artificiales. Pero es en los últimos años en los que la inteligencia artificial (IA) ha aumentado exponencialmente su presencia en la literatura científica, los artículos de prensa y la sociedad en general.

Existen diversos tipos de IA, entre los que destacan la IA débil y la IA general. La primera es aquella que sirve para realizar tareas concretas, para solucionar un tipo concreto de problema. Por ejemplo, los coches autónomos se controlan mediante una IA débil. Por otro lado, la IA general o fuerte es un tipo hipotético de IA que igualaría la inteligencia humana promedio y que sería capaz de realizar cualquier tarea intelectual que los seres humanos pudiesen llevar a cabo.



Es la que aparece en las películas y a la que más se teme en general, pero está lejos de ser una realidad.

La aplicación correcta de la IA supone algunos problemas y retos, y debemos conseguir que sea beneficiosa intentando evitar los riesgos.

La IA debe ser respetuosa, salvaguardar la intimidad, ser fiable, robusta y técnicamente estar bien diseñada.

Sus principales problemas y retos son los sesgos, que dependerán sobre todo de cómo se hayan introducido los datos, la equidad, la transparencia y la seguridad. En este sentido, el uso secundario de datos ofrece oportunidades, como combinarlos o reducir la necesidad de tomar nuevos datos. Pero es fundamental que el origen sea adecuado, sobre todo en el proceso de anonimización, y comprobar siempre quién tiene acceso y quién usa esos datos.

Hay que recordar siempre que la ética en relación a la IA radica siempre en la acción humana, el responsable final siempre es la persona. La IA está programada para actuar de una determinada manera, no es “libre”. El que tiene la libertad y conoce la verdad, la que comprende, es la persona, la que decide si aplica uno u otro algoritmo.

Por otro lado, cuando valoremos la utilización clínica de la IA, hay que tener en cuenta que los resultados de los algoritmos dan una orientación, pero ninguno tiene en consideración los valores y prioridades del paciente en el que se aplica.

Una reciente encuesta en Estados Unidos entre la población activa mostró que el 40% de ésta había usado la IA, siendo los principales usos hacer comunicaciones y traducciones. En este sentido, hay que recordar que la IA no es un autor.

La principal herramienta de la que disponemos para controlar los usos y la aceptabilidad de la IA por parte de la sociedad es la formación de ésta, y en el caso de la Salud, la de pacientes y profesionales.



I FORO DE RESIDENTES:

“CÓMO INTRODUCIR LA INVESTIGACIÓN EN LA RESIDENCIA”

Ponentes:

Arturo Lecumberri Aznárez. Especialista en Oncología Médica. Investigador en el Grupo Oncobiona IdisNA. Hospital Universitario de Navarra.

Paula Domínguez Garijo. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Investigadora en Hospital Clinic Barcelona.

Laura Nebreda Martín. Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica, Matrona. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Alicia Pérez Bernabeu. Especialista en Medicina Interna. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. Investigadora del Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español.

Moderadores:

José Ignacio Pijoan Zubizarreta. Ex-Jefe Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitario Cruces Biocruces-Bizkaia.

Ruth Vera García. Jefa de Servicio de Oncología Médica HUN. Investigadora principal del Grupo de Investigación Clínica en Oncología Médica Navarrabiomed. Ex presidenta de la SEOM

El **objetivo** de esta mesa fue debatir sobre la adquisición de competencias de investigación en la formación del residente. ¿Qué se entiende por investigación y cómo contribuye a la mejora de la práctica clínica? ¿Qué tipos de investigación existen y cuáles necesita un clínico para aplicar a sus pacientes? En un entorno de elevada actividad asistencial y escasa homogeneidad en la estructura investigadora de los centros sanitarios, el cómo plantear la investigación durante la residencia supone un reto. Para ello se plantean 3 preguntas a los ponentes:

1a.- Sobre la experiencia pregrado:

- ¿Cuál ha sido vuestra experiencia en relación con una exposición a los principios y fundamentos del método científico durante los estudios de pregrado?
- ¿Tuvisteis la impresión de que se destacaba la necesidad o importancia de hacer investigación durante vuestro futuro desarrollo profesional?
- ¿Tuvisteis alguna experiencia práctica de algún tipo de investigación y si fue así, en qué consistió?

Todos los ponentes comparten sus diferentes experiencias al respecto, manifiestan un contacto superficial con la investigación durante su formación de grado, poco más allá de la asignatura de bioestadística y la elaboración del trabajo fin de grado. Salvo *Alicia Pérez*, que es licenciada y no se le exigió el trabajo fin de grado.



1b.- Respecto a la experiencia en el periodo formativo como especialista:

- La adquisición de habilidades de investigación ¿es factible dentro de la gran cantidad de conocimientos y habilidades que el curriculum de esos años conlleva?
- ¿Requerirá siempre tiempo adicional vuestro o debería estar incluido en el horario laboral?
- En vuestro programa formativo como especialistas, ¿ha habido objetivos a cumplir en el campo de la investigación? ¿Cuánto tiempo se asignaba a esa área? ¿qué tareas incluía y cómo se llevaba a cabo la evaluación de la obtención de las competencias requeridas?

Se verbaliza falta de orientación o de un camino claro para realizar tareas de investigación. Sí se ofrece formación y contacto con proyectos de investigación liderados por algún tutor/mentor, salvo Laura Nebreda que comparte el estudio de investigación realizado durante la residencia. Todos los ponentes coinciden en que la investigación requiere tiempo dedicado fuera de la jornada laboral

2.- Durante vuestra experiencia investigadora,

- ¿Cuál ha sido la actitud de vuestros compañeros residentes hacia vuestra labor de investigación?
- ¿Habéis sentido rechazo, diciendo por ejemplo que estabais escaqueándoos de labores asistenciales?
- ¿Os habéis sentido estimulados y apoyados en vuestras labores de investigación durante vuestra residencia?
- ¿Os han asignado o habéis encontrado algún mentor que os sirva de referencia? ¿Os habéis tenido que buscar la vida?

Los ponentes comparten sus experiencias manifestando luces y sombras al respecto. En general no han sentido rechazo por parte de sus compañeros, pero tampoco un apoyo manifiesto salvo alguna excepción. Alguno de los ponentes ha contado con apoyo de un instituto de investigación como OncobionaldisNA y Biobizkaia. Se reconoce la figura del mentor como determinante para involucrarse en la investigación

3.- En vuestra experiencia personal,

- ¿Qué tipo de investigación habéis elegido u os han ofertado/encargado?
- ¿Pensáis que ese tipo de investigación es útil o hubierais preferido veros involucrados en otro tipo de investigación?
- ¿Cuál y por qué?

Cada ponente comparte su experiencia personal:

Arturo Lecumberri Aznárez está becado con una liberación parcial de su jornada asistencial para realizar labores de investigación. Está trabajando en un ensayo clínico en oncología médica. Se debate sobre las ventajas de poder compaginar la labor asistencial e investigadora.



Paula Dominguez Garijo ha realizado investigación clínica, cometa que le hubiera gustado participar en algún ensayo clínico

Laura Nebreda Martín, comparte su estudio sobre la validación de la auto toma del exudado vagino-rectal para el cribado prenatal de la infección por estreptococo agalactiae del grupo B en las gestantes. Recalca la importancia de investigar en cuidados y en mejorar la atención que prestamos.

Alicia Pérez Bernabeu es Investigadora del Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Forma parte de la Red Caspe. Forma parte de un comité ético de investigación e insiste en el conocimiento científico para la práctica profesional.

Se debate también de las dificultades para de la implementación de los resultados de los proyectos de investigación.