

IX

29-30-31
OCTUBRE
2025

CONGRESO NACIONAL SEFSE AReDA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA



Sociedad Española
de Formación Sanitaria Especializada

XXI Encuentro de Tutores y Jefes de Estudio
II Encuentro de Residentes

DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN
Cámara de Gipuzkoa

Un viaje de ida y vuelta.
El valor de lo público.



www.geyseco.es/sefse25



sefse@geyseco.es



Secretaría Técnica: Geyseco Tel 932 21 22 42

GEYSECO.es
GESTIÓN DE CONGRESOS Y SOCIEDADES

COMUNICACIONES ORALES - Abstrac

C0018 MAS ALLÁ DE LA NOTA: EVALUACIÓN FORMATIVA DE LOS R1 DE MEDICINA DE FAMILIA

Julio César Santos Pastor1, José Francisco Pérez Pertejo2, Luis Alberto Rodríguez Arroyo3, Pablo Guallar Sola4, José María de Dios Hernandez5, Mónica Pérez Álvarez6
1 Hospital General de Segovia, Segovia, España

2Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Valladolid Este

3Jefe de Estudios UDM AFyC del Bierzo

4Jefe de estudios UDM AFyC Soria

5Jefe de estudios UDM AFyC de Salamanca

6Directora Técnica de Formación y Desarrollo Profesional. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

1 Justificación

El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria subraya la importancia del desarrollo competencial integral de los profesionales en formación, incorporando un enfoque basado en competencias, evaluación continua y aprendizaje activo.

Poniendo el foco en una evaluación formativa en la que el propio residente sea protagonista y parte implicada en la misma.

2 Objetivos

- Consensuar una evaluación para los R1 de medicina de familia en la comunidad de Castilla y León.
- Establecer herramientas que hagan más objetiva la adquisición de las competencias por parte de los residentes.
- Establecer herramientas de evaluación que aseguren la autorreflexión del residente y el feed back con el tutor.

3 Material y métodos

- Reuniones semanales/quincenales para establecer una herramienta consensuada de evaluación para valorar el dominio 1 de competencias específicas de medicina clínica centrada en la persona mediante la elaboración de una rubrica
- Elaborar una herramienta para generar un espacio de autorreflexión del residente en relación a la adquisición de competencias
- Generar un modelo para recoger un incidente crítico

4 Resultados

- Se ha elaborado una rúbrica para la valoración del dominio 1 de competencias específicas, en una escala de 5 (desde deficiente a excelente) y valorando 5 dominios: recogida de datos clínicos, presentación y coherencia de la anamnesis, exploración física, integración de la historia clínica con el diagnóstico diferencia, claridad y precisión en la redacción
- Desarrollo de un cuestionario de 10 ítems de autorreflexión supervisada: autoevaluación, reflexión sobre el progreso y autonomía adquiridos basados en el cuestionario ACPAPS.
- Establecer un modelo sobre un incidente crítico sobre un error diagnóstico o terapéutico propio o ajeno

5 Conclusiones

- Es necesario el establecer una serie de herramientas que hagan más objetiva la adquisición de las competencias adquiridas por los residentes, y que generen un espacio de encuentro tutor-residentes y autorreflexión, más allá de una nota numérica que es el resultado de la evaluación actual establecida por el Ministerio
- Es necesario tener un feed back de dicha implantación para valorar posibles cambios y mejoras del modelo propuesto

C0021 LA FORMACIÓN E IMPLICACIÓN DEL RESIDENTE COMO CLAVE DEL ÉXITO

Montserrat Lozano Lobato1, Alasne Uranga Aguirregomezcorta2, Laida Cuevas Palomares3, Olatz González ortega4, Marina Aranguren Ostolaza5, Clara Lombardi Iglesias6, Carlos Panizo Santos7

1Hospital Universitario Donostia, , Donostia, España

2Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Donostia, España

3Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Galdakao, España

4Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Donostia, España

5Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Donostia, España

6Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Donostia, España

7Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Donostia, España

1 Justificación

La transfusión de componentes sanguíneos (CS) contribuye diariamente a la recuperación de la salud de los pacientes. No podemos olvidar, el aumento de la demanda secundaria a la progresiva complejidad asistencial y que a pesar de los avances tecnológicos la sangre solo se puede obtener de las personas que donan altruistamente.

2 Objetivos

Comparar la adecuación de la transfusión entre un periodo previo y otro posterior a la implicación de los residentes en la optimización del uso de los CS.

3 Material y métodos

Durante los periodos 2012-2015 y 2019-2024, en el Servicio de Transfusión (ST) recogimos de forma aleatoria y retrospectiva la inadecuación de episodios transfusionales de hematíes, plaquetas y plasma. En el 2015 las residentes de cuarto año (R4) de hematología trabajaron en el Proyecto Bottom Up MAPAC: "Análisis y Mejora de la Adecuación de las Transfusiones de Componentes Sanguíneos", de donde surgieron recomendaciones que se implementaron durante el periodo 2016-2018. Cabe citar la elaboración de una Guía de Uso de CS, la implementación de la solicitud de transfusión electrónica y la formación de los profesionales. En el 2023, las residentes de tercer año (R3) de hematología actualizaron y difundieron entre sus compañeros y el resto de los profesionales la nueva versión de la guía junto con trípticos/resumen a través de sesiones de formación continua.

4 Resultados

TRANSFUSIÓN INADECUADA:	2012-2015				2019-2024			
	n	Resultados	Valor control	Significación estadística	n	Resultados	Valor control	Significación estadística
(1) HEMATÍES (CH)	1456	13,18%	<10%	P<0.0001	1859	4,35%	<10%	P<0.0001
(2) PLAQUETAS (PQ)	335	8,9%	<10%	P=0.005	516	4,26%	<10%	P=0.005
(3) PLASMA (PFC)	1425	11,29%	<10%	P=0.009	626	7,5%	<10%	P=0.009

(1) 100 x Nº procesos de CH inadecuados/nº de procesos revisados
 (2) 100 x Nº procesos de PQ inadecuados/nº de procesos revisados
 (3) 100 x Nº procesos de PFC inadecuados/nº de procesos revisados

5 Conclusiones

La formación e implicación de los residentes ha contribuido a una mejora significativa de los IC relacionados con la adecuación, disminuyendo las transfusiones innecesarias, mejorando la calidad del proceso y la seguridad del paciente.

C0022 EMPLEO DE FORMULARIOS PROTOCOLIZADOS PARA EVALUACIÓN DE HABILIDADES TÉCNICAS Y NO TÉCNICAS DEL RESIDENTE QUIRÚRGICO. USO COMO HERRAMIENTA DE MEJORA FORMATIVA.

Gloria Tadeo Ruiz1, Cristina Cobo Vázquez2, Antonio Morandeira Rivas3, Esther Muñoz Rodríguez4, Adrian Sánchez Almoguea5, Juan Bautista Muñoz de la Espada6, Carlos Moreno Sanz7

1Tutora de residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

2Tutora de residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

3Jefe de Estudios. Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

4Residente de 3º año de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

5Residente de 2º año de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

6Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

7Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España

1 Justificación

Como registrar la evaluación objetiva y continuada de habilidades técnicas y no técnicas del residente quirúrgico es uno de los retos a los que nos enfrentamos los tutores. Con ese fin hemos creado formularios protocolizados que nos permiten medir el nivel de desempeño en las diferentes áreas de asistencia.

2 Objetivos

Registrar el nivel de desempeño del residente de cirugía en áreas asistenciales de manera objetiva y continuada.

Detectar posibles puntos de mejora para su formación.

Implicar al resto del equipo en la evaluación del residente y por tanto en las actividades docentes.

3 Material y métodos

Se crearon 4 formularios (consulta, planta, quirófano y guardias) para registrar el nivel de desempeño.

En consulta, planta y guardias, las variables recogidas eran grado de complejidad, ritmo y organización de trabajo, anotación en el evolutivo, exploración física, indicación de pruebas, orientación diagnóstica, detección de gravedad, habilidades de comunicación con familiares y resto de personal.

En quirófano: Complejidad, preparación del caso, conocimientos del procedimiento, técnica de sutura, manejo del instrumental, respeto a los tejidos, movimiento, flujo operativo.

Se puntuaba del 1 al 5, al final se rellena una evaluación global que se define según la puntuación como mala, regular, buena, muy buena y excelente.

Existe un apartado de formato libre para comunicar tanto puntos débiles como fuertes.

Estos formularios se envían por correo electrónico a miembros del servicio elegidos según las circunstancias de manera aleatoria, que los devuelven completados.

Se recogen por cuatrimestres.

El registro es anónimo para el residente.

4 Resultados

Se analizaron los resultados del registro del 1º cuatrimestre, 2 adjuntos por cada área asistencial y residente.

R1: Guardia: Buena; Quirófano: Bien, resto no aplica

R2: Planta: Buena; Consulta: No aplica; Quirófano: Buena; Guardia: Buena. 2 puntos de mejora.

R3: Planta: Excelente; Consulta: Muy buena; Quirófano: Muy buena; Guardia: Excelente.

R4: Planta: Excelente; Consulta: Muy buena; Quirófano: Muy buena; Guardia: Excelente. 1 punto de mejora.

R5: Planta: Excelente; Consulta: Bien; Quirófano: Muy bien; Guardia: Excelente. 1 punto de mejora.

5 Conclusiones

La creación de formularios protocolizados de evaluación nos ayuda a la mejora continua en la formación de los residentes y facilita la participación de todo el equipo en la actividad docente.

C0023 APLICACIÓN DE IA EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA: PROYECTO DE DESARROLLO DE TUTOR VIRTUAL EN CIRUGÍA GENERAL. FASE PRELIMINAR DE ENCUESTAS A TUTORES Y RESIDENTES.

Ruben Garcia Martinez1, Jose Antonio Rueda Orgaz2, Julio Ángel Mayol Martínez3, Julio César Jordán Balanzá4
1Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, , Santa Cruz de Tenerife, España

2Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España
3Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

4Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

1 Justificación

La inteligencia artificial ofrece nuevas oportunidades para mejorar la formación especializada sanitaria. El desarrollo de herramientas formativas basadas en IA puede complementar la labor de los tutores y la formación de residentes, siempre que se garantice un uso adecuado y seguro de estas herramientas.

2 Objetivos

Desarrollar una herramienta de apoyo para tutores y residentes de la especialidad de Cirugía General, basada en tecnologías de IA, para su aplicación en el sistema formativo.

Fase preliminar: analizar la situación actual de la tutoría en Cirugía General e identificar áreas con mayor potencial de mejora.

3 Material y métodos

Se realizaron dos encuestas anónimas y voluntarias a través de la Asociación Española de Cirujanos, dirigidas a tutores y residentes de todos los años de formación en Cirugía General.

4 Resultados

Se recogieron 52 respuestas de residentes y 77 de tutores. El 69% de los residentes, especialmente R1-R2, utilizan habitualmente tecnología para su formación. Identifican como principales áreas de necesidad la planificación quirúrgica (55,8%) y las técnicas operatorias (19,2%). El 80% valoraría positivamente una herramienta basada en IA, destacando como recursos más útiles las simulaciones interactivas y las guías prácticas. Aunque el 80,8% puntúan su satisfacción con la tutoría $\geq 5/10$, existe asociación entre un acceso deficiente al tutor y una peor percepción del acompañamiento.

El 72% de los tutores consideran que una herramienta de IA podría complementar su labor. Sus principales preocupaciones son la veracidad de los contenidos, la confidencialidad de los datos y la accesibilidad. El 80,6% valoran su experiencia como tutores con $\geq 7/10$, y un 70% perciben alta motivación en sus residentes. Destacan como áreas clave de mejora: técnicas quirúrgicas, comunicación y gestión de complicaciones.

5 Conclusiones

Residentes y tutores de Cirugía General coinciden en la utilidad de una herramienta basada en IA que complemente la formación MIR. Las encuestas identifican áreas clave de mejora: planificación quirúrgica, técnicas operatorias y comunicación con pacientes y familiares. Además, este Tutor Virtual podría reforzar la relación tutor-residente, clave en la mejora de la calidad docente. Su desarrollo debe ser ético, responsable y centrado en la veracidad, confidencialidad y accesibilidad, sirviendo como base para una innovación formativa real y eficaz en cirugía general.

C0027 MÉTODOS EFICACES PARA LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: REVISIÓN NARRATIVA Y EXPERIENCIA DOCENTE EN LA FUNDACIÓN ALTHAIA

Yolanda Martínez Ortega1, M.Cruz Crespo Maraver2, Núria Sánchez Abad3, Meritxell Viladrich Canudas4, Àurea Autet Puig5, Ramon Santistevé Prat6

1Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.
Grup de Recerca en Innovació en Salut Mental i Benestar Emocional (ISaMBeS), IRISCC. Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVIC-UCC). España

2Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.
Grup de Recerca en Innovació en Salut Mental i Benestar Emocional (ISaMBeS), IRISCC. Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVIC-UCC). España

3Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.

4Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.

Grup de Recerca en Innovació en Salut Mental i Benestar Emocional (ISaMBeS), IRISCC. Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVIC-UCC). España

5Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.

Grup de Recerca en Innovació en Salut Mental i Benestar Emocional (ISaMBeS), IRISCC. Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVIC-UCC). España

6Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.

1 Justificación

La formación de especialistas en psicología clínica exige integrar conocimientos teóricos, habilidades técnicas y competencias relacionales. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el modelo psicoterapéutico con mayor respaldo empírico para el tratamiento de diversos trastornos mentales y el recomendado por la mayoría de guías clínicas internacionales. Por tanto, el entrenamiento en TCC durante la formación de psicólogos internos residentes (PIR) requiere metodologías docentes rigurosas y basadas en la evidencia.

2 Objetivos

Revisar la literatura científica sobre métodos eficaces para la enseñanza práctica en psicología clínica, con énfasis en la TCC, y describir su aplicación en nuestro programa PIR, identificando estrategias docentes útiles centradas en la adquisición de competencias clínicas.

3 Material y métodos

Realizamos una revisión narrativa de artículos publicados entre 2015 y 2025 sobre entrenamiento en TCC para psicólogos clínicos en formación, utilizando un metabuscador que integra las principales bases de datos científicas. Complementamos la búsqueda con una estrategia de bola de nieve. Además, revisamos la experiencia docente acumulada en nuestra Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental.

4 Resultados

Los métodos más eficaces identificados incluyen la práctica deliberada, supervisión estructurada con retroalimentación directa, role-playing y simulación, entrenamiento en micro-skills y sesiones clínicas reflexivas. La evidencia apoya los programas multicomponente que integran diversas estrategias didácticas y sistemas de evaluación triangulados (autoinformes, escalas objetivas, rúbricas). Desde 2017, nuestra unidad ha implementado modelado, supervisión directa, role-playing, talleres de habilidades y sesiones clínicas con buena acogida por residentes y tutores. Sin embargo, consideramos necesario sistematizar estos métodos y fomentar una cultura docente centrada en competencias clínicas evaluables.

5 Conclusiones

La formación práctica en TCC durante la residencia PIR se fortalece con un enfoque integrador que combine múltiples metodologías de enseñanza-aprendizaje. Sistematizar buenas prácticas docentes y adaptarlas al nivel competencial de los residentes puede mejorar sustancialmente la calidad de la formación especializada en psicología clínica.

C0034 MIRAME: 4 AÑOS CONTRIBUYENDO A MEJORAR LA FORMA EN QUE LOS RESIDENTES SE COMUNICAN CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS.

Gemma Claret Teruel1, Roi Campos Rodríguez2, Aitor López González3, Alba Pascual Sanmamed4, Daniel Toro Pérez5, José María Quintillá Martínez6
1Servicio de Urgencias y Unidad de Simulación Clínica. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.
2Unidad de Simulación Clínica. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Unidad de Transporte Pediátrico. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.
3Unidad de Simulación Clínica. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Unidad de Transporte Pediátrico. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.
4Hospital de Día infanto-juvenil de Granollers. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.
5Unidad de Cuidados Crónicos y Paliativos Pediátricos. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.
6Unidad de Simulación Clínica. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.

1 Justificación

La formación MIRame se creó para favorecer el desarrollo en los residentes de herramientas para la comunicación en situaciones difíciles (comunicación de una mala noticia o de un error, acompañamiento al final de la vida y conflicto) y para mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias.

2 Objetivos

Valoramos el impacto de esta formación en los niveles 1 a 3 del modelo de Kirkpatrick: satisfacción de los residentes (nivel 1), adquisición de aprendizajes (nivel 2) y aplicación de comportamientos en la práctica clínica (nivel 3).

3 Material y métodos

La formación incluye un módulo online (12 horas) y otro presencial (2 días). El presencial comprende un taller sobre el modelo Bridge de estilos relacionales (5 horas) y una jornada de simulación donde los residentes interactúan con actores profesionales en situaciones donde la comunicación es crítica. Para evaluar el impacto de la formación se realiza una prueba de conocimientos antes y después de la actividad, una encuesta de satisfacción y un cuestionario a los 3 meses de la formación para evaluar el grado de aplicación de los comportamientos considerados clave.

4 Resultados

Entre 2021 y 2024 se realizaron 26 ediciones: se formaron 370 residentes de 33 centros. Los participantes fueron mayoritariamente MIR (75%), de 30 especialidades, y EIR (20%). En estos 4 años se ha ampliado el número de especialidades y se han incorporado FIR y PIR.

Más del 90% de participantes estuvieron bastante o completamente de acuerdo con todos los aspectos valorados en la encuesta sobre calidad, utilidad y relevancia de la formación (nivel 1 de Kirkpatrick). En la prueba de conocimientos (nivel 2) la media de puntuación final fue superior a la inicial (8,99 vs 7,69; p<0,001). Alrededor de 1/3 de los participantes completaron el cuestionario de nivel 3. Aproximadamente un 90% de participantes afirman aplicar completamente o en bastante medida los comportamientos considerados clave de la formación.

5 Conclusiones

Los participantes de la formación MIRame se muestran satisfechos, adquieren conocimientos y aplican nuevos comportamientos en su entorno habitual. La simulación es una metodología útil y bien valorada para formar a los residentes en habilidades de comunicación.

C0036 TRANSFORMAR LA MIRADA DOCENTE. EL USO DE INCIDENTES CRÍTICOS, PARA MEJORAR LA CAPACITACIÓN DE QUIENES EJERCEN LA TUTORÍA.

M^a Aránzazu Sánchez García1, Cesar Guillermo Bazo Canelón2, Eva Friera Cáceres3, María Dolores Méndez Méndez4, Julián Rodríguez Suárez5, José Manuel González Morán6

1UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL DE ASTURIAS, , FRESNEDA. SIERO, ESPAÑA

2Unidad Docente Hospital Universitario Central de Asturias

3Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental

4Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental

5Unidad Docente Hospital Universitario Central de Asturias

6Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental

1 Justificación

La tutoría en formación sanitaria especializada enfrenta hoy retos como la transmisión de valores, el ejercicio de una crítica constructiva y el diálogo entre generaciones. La metodología de incidentes críticos, con una sólida trayectoria en la formación sanitaria especializada, ofrece una vía innovadora para abordar estos desafíos. Por un lado, como metodología docente de corte experiencial, permite rescatar la práctica diaria de la función tutorial y utilizarla para detectar áreas con necesidad de mejora y optimizar la capacidad de ofrecer retroalimentación efectiva. Por otro, como práctica reflexiva facilita la reflexión crítica sobre los propios valores, las dificultades para transmitirlos y su adaptación a la realidad asistencial y sociosanitaria.

2 Objetivos

General:

Trasladar nuestra experiencia en el uso de la herramienta " Incidente crítico" para formar tutores y tutoras, trabajando sobre situaciones imprevistas y que causan bloqueo dentro de la propia función tutorial.

Específicos:

- 1.- Describir la metodología utilizada.
- 2.- Enumerar las principales eventos que causan ICs en la función tutorial.
- 3.- Resultado de la experiencia en términos de satisfacción.

3 Material y métodos

Se realizaron tres talleres: dos en una Unidad Docente de Salud Mental y uno en una Unidad Hospitalaria que engloba varias especialidades médico-quirúrgicas y de laboratorio. Los asistentes recibieron previamente bibliografía "ad hoc" explicando la metodología y una plantilla para describir el incidente crítico a trabajar que debían remitir previamente al equipo docente.

El taller se realizó de forma presencial, grupal y utilizando técnicas activas. Al finalizar, se recogieron encuestas de satisfacción.

4 Resultados

Participaron 53 tutores/as, 12 provenientes de la Unidad Hospitalaria (especialidades médicas, quirúrgicas y de laboratorio) y el resto de Salud Mental.

Todos manifestaron una alta satisfacción con la experiencia, independientemente de su unidad de referencia y especialidad. Destacaron términos como: experiencial, útil, innovador, aplicable, puesta en común y trabajo en equipo. Los IC más frecuentes estuvieron relacionados con detectar en sus tutorizados falta de compromiso profesional, bajo desempeño o motivación, generando en los tutores emociones críticas como el enfado y respuestas poco profesionales.

5 Conclusiones

El taller de IC ha demostrado ser útil para reforzar la percepción de competencia tutorial, especialmente en situaciones con alta carga emocional vinculadas a la brecha generacional.

C0039 COMO ENSEÑAR LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Rosa M.ª Añel Rodríguez1, Andrea Fernández Intxaurza2, Nerea Bugallo García3, Julia Moreno-Arrones Iglesias4, Nora Patus Echezarreta5, María Del Carmen Donaire Urquijo6

1Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España

2MIR MFyC. CS Casco Viejo. OSI Barrualde-Galdakao, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

3EIR MFyC. CS Kueto. OSI Barakaldo-Sestao, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

4EIR MFyC. CS Plencia. OSI Uribe. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

5Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España

6Jefa de estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España

1 Justificación

La participación activa del paciente es un elemento clave para mejorar la calidad, seguridad y sostenibilidad del sistema sanitario. Sin embargo, esta competencia no se aborda de forma sistemática en los programas formativos de grado ni en la formación especializada sanitaria (MIR/EIR). Formar a los futuros profesionales en habilidades relacionales, toma de decisiones compartida y apertura al diálogo con la ciudadanía es fundamental para construir una atención primaria más eficiente y orientada a las necesidades de las personas y de la comunidad.

2 Objetivos

1. Analizar el concepto de participación del paciente desde un enfoque aplicado a la formación de residentes de medicina y enfermería. Reflexionar sobre cómo evoluciona la relación profesional-paciente a lo largo del tiempo (experiencia, longitudinalidad, etc.) y su impacto en la satisfacción mutua y en la eficiencia del sistema.
2. Proponer un marco teórico-práctico que facilite la enseñanza y el aprendizaje de competencias relacionales y participativas durante el periodo formativo.

3 Material y métodos

Estudio del estado de la cuestión mediante revisión de la literatura científica sobre participación del paciente, a distintos niveles, en el sistema sanitario. Identificación y evaluación de modelos formativos y de oportunidades pedagógicas en el entorno docente-asistencial.

4 Resultados

Se identifican diversos grados de participación (informar, consultar, decidir conjuntamente, etc.) y se subrayan las confusiones frecuentes relativas al concepto de la participación, que limitan su implementación real, así como barreras organizacionales.

Se detecta escasa presencia formal del tema en los itinerarios de formación MIR/EIR.

Se propone un enfoque educativo que incluya: formación interprofesional en comunicación, prácticas reflexivas supervisadas, tutoría orientada al vínculo y participación de pacientes en actividades docentes, todo ello enmarcado en una transformación cultural hacia relaciones asistenciales más horizontales.

5 Conclusiones

Integrar la participación del paciente en la formación sanitaria especializada es un reto pendiente y una oportunidad estratégica. Preparar a los futuros profesionales para compartir decisiones, escuchar activamente y trabajar con la ciudadanía desde el inicio de su carrera es clave para transformar el sistema desde dentro. Una formación centrada en la relación y la participación no solo mejora la experiencia de pacientes y profesionales, sino que contribuye a una atención primaria más eficaz, humana, equitativa y sostenible.

C0040 ENCUESTA DE BIENESTAR EMOCIONAL APLICADA A PERSONAL SANITARIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**PAULA GONZALEZ SUSO1**, Marta Sánchez de Muniain Del Villar2, Xabier Arrazola Etxeberria3

1Psicología Clínica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España, Donostia, España

2Psicología Clínica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España

3Psicología Clínica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España

1 Justificación

La elevada carga asistencial sufrida durante la pandemia COVID-19 tuvo un gran impacto emocional y psicológico en el personal sanitario, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), afectando negativamente a su bienestar emocional.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio fue determinar las consecuencias emocionales y psicológicas que tuvo la pandemia COVID-19 en los profesionales sanitarios de la UCI del Hospital Universitario de Donostia.

3 Material y métodos

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con un enfoque cuantitativo y cualitativo, y se ha utilizado un muestreo simple, no aleatorio e incidental.

Se elaboró una encuesta de bienestar emocional y se envió a todo el personal sanitario de la UCI del Hospital Universitario de Donostia, siendo finalmente 49 personas las que la cumplimentaron.

4 Resultados

Se ha observado que un 53% de la muestra presenta una satisfacción laboral media-baja y que un 46,9% reconoce que su vida ha cambiado a peor desde que trabaja como sanitaria/o. Además, el 53% de la muestra afirma sentirse irritable, preocupado/a o irascible. Destacar también que 16 personas de la muestra cumplirían criterios de un Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT).

En cuanto a estrategias de afrontamiento, el 53,1% refiere no poner en marcha ningún mecanismo de recuperación personal tras la jornada laboral, y un 69,4% afirma desconocer estrategias de desactivación emocional.

5 Conclusiones

Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de intervenir en el bienestar emocional y psicológico del personal sanitario, para lo cual, se programan talleres de bienestar emocional.

C0044 ESTUDIO GABEMIR. EVALUACIÓN DEL ESTADO PSICOEMOCIONAL EN MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES (MIR) A LOS LARGO DE SU PERÍODO FORMATIVO.

Jaume Mestre1, **Elia Tomas2**, **Olga Luengo3**, **Monica Rodriguez4**

1Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron

2Oncología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

3Dirección de Docencia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

4Dirección de Docencia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

1 Justificación

La formación sanitaria especializada (MIR) es un periodo clave para la adquisición de competencias y conocimientos. Una buena salud mental es clave para dicha adquisición.

2 Objetivos

Describir el estado psicoemocional de una cohorte de médicos MIR de un hospital de tercer nivel. Evaluar la evolución temporal durante el periodo formativo.

3 Material y métodos

Estudio transversal descriptivo de una cohorte médicos residentes. Se diseñó una encuesta con datos biodemográficos y las escalas Masslach Burnout Inventory (MBI) y Difficulty in Emotion Regulation (DERS). Se consideró como DERS alterado si >73 puntos. El agotamiento se evaluó con una escala de Likert (1-10). Se realizó el análisis ajustado por año de residencia. Análisis descriptivo univariado mediante uso de F-Fischer, Kruskal-Wallis, Jonckheere-Terpstra o ANOVA, según fuese apropiado. Los datos se presentan como media (\pm DE), mediana (Q1 – Q3) o número (proporción). Se consideró como significativo una $p < 0.05$. Análisis realizado con StataBE17.

4 Resultados

Las variables biodemográficas y los resultados de las escalas ajustados por años están descritos en la Tabla 1. Se invitó a participar 660 sujetos y contestaron 172 (26.0%). La edad media era de 28.3 ± 3.5 años. Sesenta y siete (39.2%) habían precisado psicoterapia en algún momento de su vida. Un total de 25 (14.7%) sujetos había recibido psicofármacos durante el periodo MIR y 28 (15.8%) de los encuestados aseguró haber consumido tóxicos en relación con el trabajo.

Se evidenció un agotamiento de 7 (4-8), siendo progresivo durante la formación ($p < 0.0001$). La escala MBI mostró puntuaciones elevadas en las subescalas de ansiedad en 88 (55.7%), de despersonalización en 74 (46.8%), mientras que fue baja en la subescala de realización personal en 32 (20.3%). En las dos primeras, se evidenciaron diferencias significativas según el año de formación MIR ($p=0.005$ y $p=0.008$, respectivamente). Ver Tabla 1.

5 Conclusiones

En esta cohorte, los MIR han precisado soporte psicoterapéutico en algún momento de su vida en una proporción elevada. Dichos requerimientos aumentan durante el periodo formativo y se acompañan de agotamiento emocional, ansiedad y despersonalización.

C0059 LA VOZ DEL TUTOR: UN MAPA HACIA LA MEJORA DE LA FSE

Marcos Pérez Carrasco 1, Enrique Casado Burgos2, Francesc Novell Teixido3, Naim Hannaoui Hadi4, Juan David Barbero Valverde5, Josefa Rivera Lujan6

1Docència, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

2Servei de Reumatologia Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

3Servei de Radiología, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

4Servei d'Urologia, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

5Servei de Salut Mental, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

6Docència, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí Sabadell, España

1 Justificación

La actividad tutorial en la Formación Sanitaria Especializada (FSE) es un pilar fundamental para garantizar la calidad formativa y la excelencia profesional. Ante los cambios en el entorno sanitario y las crecientes demandas asistenciales, resulta imprescindible identificar las necesidades y expectativas de los tutores, con el fin de adaptar y optimizar su desempeño y el proceso formativo de los residentes.

2 Objetivos

El objetivo principal fue conocer las necesidades e inquietudes de los tutores de FSE en relación con el desarrollo de su actividad tutorial, así como identificar áreas de mejora en la formación, organización y evaluación de los procesos docentes.

3 Material y métodos

Se organizó una jornada de cinco horas dirigida a tutores de un hospital universitario de tercer nivel. La actividad constó de dos partes: una sesión informativa sobre la situación actual de la FSE y un taller de trabajo en grupos utilizando la herramienta “Manual Thinking”, centrado en la pregunta “¿Cómo queremos evaluar?”. La participación y las propuestas se recogieron mediante mapas mentales colaborativos.

4 Resultados

Participaron 53 de los 72 tutores acreditados (20 de áreas médicas, 9 quirúrgicas, 11 de servicios centrales, 6 de enfermería y 7 de salud mental), con una mediana de experiencia en tutoría de 2,7 (1,1-5,7) años. Se generaron seis mapas mentales que convergieron en tres líneas principales: formación, organización y evaluación. Entre los aspectos más destacados se identificaron la necesidad de definir claramente los roles (tutor, residente, colaborador docente), mejorar los recursos logísticos y el reconocimiento, estructurar los itinerarios formativos e incorporar competencias transversales. En evaluación, se subrayó la importancia de la formación específica, la unificación de criterios y la utilización de indicadores objetivos. La satisfacción global con la jornada fue elevada (valoraciones de 4 y 5 sobre 5).

5 Conclusiones

La jornada evidenció la importancia de espacios participativos para identificar necesidades y consensuar mejoras en la actividad tutorial. Se destaca la necesidad de fortalecer la formación y el apoyo a los tutores, así como de avanzar hacia modelos organizativos y evaluativos más claros y homogéneos, con impacto directo en la calidad de la FSE y la atención al paciente.

C0060 DEL DESCONOCIMIENTO AL INTERÉS: IMPACTO SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DE UNA FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Xavier Pérez Martín¹, Montse Llordés Llordés², Gemma Martínez Gálvez³, Verónica Gallardo Martínez⁴

¹Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Mutua Terrassa, Terrassa, España

²Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Mutua Terrassa, Terrassa, España

³Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Mutua Terrassa, Terrassa, España,

⁴Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Mutua Terrassa, Terrassa, España,

1 Justificación

La formación en investigación tiene un impacto positivo demostrado tanto en el conocimiento como en la actitud investigadora de los residentes sanitarios. La literatura indica que quienes reciben formación estructurada mejoran su comprensión metodológica, capacidad crítica y participación en proyectos, así como su autopercepción de competencia investigadora y motivación hacia la actividad científica.

2 Objetivos

Describir la actitud inicial, la percepción de utilidad y los conocimientos metodológicos de los residentes de primer año participantes en el curso obligatorio de formación en investigación, así como evaluar el impacto de dicho curso.

3 Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional pre-post sin grupo control. Entre diciembre de 2024 y marzo de 2025 participaron 49 residentes (30 del ámbito hospitalario y 19 de atención primaria). Se administró una encuesta antes y después, con escalas de 0 a 10, que evaluaba: interés por la investigación, percepción de utilidad, y conocimientos en estadística descriptiva, intervalos de confianza, contraste de hipótesis y cálculo del tamaño muestral.

4 Resultados

Antes de la formación, la mediana del interés por la investigación fue 5; un 36,7% puntuó por debajo de 5 y un 32,7% por encima de 7. La percepción de la investigación como actividad interesante obtuvo una mediana de 4, con un 51% por debajo de 5. Los conocimientos iniciales mostraron medianas de 3 en estadística descriptiva y de 5 en los otros ítems; más del 40% puntuó por debajo de 5, y menos del 20% superó el 7. Solo el 43% había utilizado previamente algún programa estadístico.

Tras la intervención, las medianas de todos los ítems aumentaron a 7, y las puntuaciones bajas (0-4) se redujeron significativamente (entre un 4,7% y un 9,3%). La satisfacción global con el curso fue elevada (mediana 7), con un 43,5% puntuando entre 8 y 10. El 74% recomendaría la formación a otros compañeros.

5 Conclusiones

Una intervención obligatoria y estructurada mejora significativamente el conocimiento y la actitud hacia la investigación en residentes. Los resultados apoyan la necesidad de consolidar esta formación e incorporar nuevos contenidos, especialmente relacionados con el uso de bases de datos y el manejo de programas estadísticos.

C0061 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ABSENTISMO DE LOS RESIDENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gerard Espinosa Garriga¹, Rafel X Vidal Serra², Pedro Castro Rebollo³, Digna Pasín Ferreiro⁴, Ramón Beltrán Arellano⁵, Rosa M^g García Arranz⁶

¹Dirección de Docencia, Hospital Clínic, Barcelona, España

²Dirección Económico-Financiera y de Control de Gestión, Hospital Clínic, Barcelona, España

³Área de Vigilancia Intensiva y Comisión de Docencia, Hospital Clínic, Barcelona, España

⁴Dirección de Docencia, Hospital Clínic, Barcelona, España

⁵Dirección de Docencia, Hospital Clínic, Barcelona, España

⁶Dirección de Docencia, Hospital Clínic, Barcelona, España

1 Justificación

EL XIII Informe del Instituto Adecco de 2024 (1) mostró que el absentismo en las actividades sanitarias fue del 11,6% y la incapacidad temporal alcanzó el 8,5%. No se dispone de estos datos del colectivo de residentes.

2 Objetivos

Describir y analizar el absentismo en términos de pérdida de horas pactadas de los residentes de un Hospital Universitario de tercer nivel en Cataluña.

3 Material y métodos

Análisis del porcentaje de horas de ausencia por IT y otros conceptos generales que abarcan enfermedad de un familiar, entierro y natalidad, entre otros. El porcentaje de horas se obtiene de la división entre las horas perdidas y el total de horas efectivas pactadas (según metodología del Instituto Adecco) para cada año de residencia y para los profesionales con contrato fijo del hospital. Para estos cálculos se ha usado la herramienta Power BI (versión: 2.140.1577.0 64-bit (febrero de 2025)) a partir de los datos registrados en SAP ERP 6.0.

Se ha comparado el colectivo de residentes con el de profesionales con contrato fijo y el de residentes de acuerdo con el año de residencia y el sexo. El análisis ha comprendido los años 2023, 2024 hasta junio de 2025.

4 Resultados

En la Tabla se describen el número y porcentaje de horas de absentismo de los residentes y el personal fijo.

	2023	2024	2025
Residentes	388	424	418
Horas N (%)			
IT	3984 (1,13)	4424 (1,17)	5488 (1,47)
Perm/Licen	1200 (0,34)	2928 (0,77)	1698 (0,45)
Total	5184 (1,47)	7352 (1,94)	7186 (1,92)
Profesionales del centro	1260	1320	1336
IT	22425 (2,08)	28305 (2,49)	37064 (3,27)
Perm/Licen	19908 (1,76)	28264 (2,49)	29806 (2,63)
Total	41333 (3,84)	56569 (4,97)	66869 (5,89)

El porcentaje de horas en los residentes fue significativamente más bajo que la de los profesionales fijos ($p=0,028$). No hubo ninguna diferencia entre años de residencia ni tampoco entre residentes de acuerdo al sexo (hombres y mujeres).

5 Conclusiones

El absentismo en términos de pérdida de horas pactadas del colectivo de residentes del Hospital Clínic de Barcelona es significativamente menor que el de los profesionales médicos fijos del centro y se sitúa muy por debajo del porcentaje descrito en las actividades sanitarias en España.

C0065 INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y APLICACIÓN PRÁCTICA. JORNADAS SOBRE ESTRATEGIA COMUNITARIA EN LA UNIDAD DOCENTE DE HUESCA

Soledad Lorés Casanova¹, María Isabel Loscertales Artieda², Ana Isabel Aller Blanco³, Ana Isabel Mendoza Escuer⁴, Teresa Alvarez Moreno⁵, Ana García Ruiz⁶

¹Unidad Docente a F y C. Huesca, , Huesca, España

²Unidad Docente a F y C. Huesca

³Unidad Docente a F y C. Huesca,

⁴Unidad Docente a F y C. Huesca,

⁵Médico residente de tercer año. UDM a FyC.Huesca

⁶Enfermera residente de primer año. UDM a FyC.Huesca.

1 Justificación

Es importante avanzar hacia una evaluación formativa que incluya el aprendizaje, su aplicación clínica y su impacto real en los resultados en salud.

2 Objetivos

Valorar el impacto de la formación en estrategia comunitaria impartida en la unidad docente de Huesca (marzo 2024), mediante el análisis de los conocimientos adquiridos y la repercusión práctica

3 Material y métodos

Durante las jornadas se aplicó una encuesta electrónica tipo pretest y postest a 60 asistentes, con el objetivo de medir conocimientos. Incluía 4 preguntas sociodemográficas (edad, sexo, profesión y sector laboral), 5 preguntas dicotómicas (sí/no) sobre conocimientos en estrategia comunitaria. Tres semanas después se envió una nueva encuesta para analizar la repercusión práctica de las jornadas en la actividad profesional.

4 Resultados

La encuesta previa fue respondida por 44 personas, la encuesta posterior por 38. En el pretest, los aspectos menos conocidos fueron los apoyos técnicos a la atención comunitaria (54,4%) y la participación en el consejo de salud del centro (15,9%). Se observaron diferencias significativas según la profesión en el conocimiento de la estrategia comunitaria ($p = 0,024$), de la agenda comunitaria ($p < 0,01$) y en la participación en proyectos ($p = 0,02$). En el postest, se evidenció una mejora en el conocimiento sobre los apoyos técnicos ($p < 0,01$), con un intervalo de confianza del (22,4%; 61,5%). La encuesta de impacto fue respondida por 12 personas, quienes valoraron la utilidad con una media de 8,8 sobre 10. El 100% de los participantes han comenzado a recomendar activos en salud, (72% lo han hecho entre 1 y 5 veces), y el 90% ha iniciado algún proyecto comunitario.

5 Conclusiones

Tras las jornadas se vio una mejora significativa en el conocimiento de los apoyos a la atención comunitaria. Se identificaron diferencias en el nivel de conocimiento según la profesión, aspecto a tener en cuenta a la hora de enfocar la formación. La encuesta sobre aplicabilidad práctica tuvo poca respuesta, no obstante, los participantes ya habían comenzado a recomendar activos en salud y a desarrollar proyectos comunitarios tras las jornadas.

C0066 EVALUACIÓN FORMATIVA SANITARIA: DEL CONOCIMIENTO ALCANZADO A LA APLICACIÓN ASISTENCIAL

Soledad Lorés Casanova¹, María Isabel Loscertales Artieda², Ana Isabel Aller Blanco³, Ana Isabel Mendoza Escuer⁴, Ignacio García Ascaso⁵, Sonia Ruiz Tierraseca⁶

¹Unidad Docente a F y C. Huesca, , Huesca, España

²Unidad Docente a F y C. Huesca, Huesca, España

³Unidad Docente a F y C. Huesca, Huesca España,

⁴Unidad Docente a F y C. Huesca, Huesca España.

⁵Residente de primer año de Enfermería Familiar y Comunitaria. UDM a FyC. Huesca

⁶Residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. UDM a FyC. Huesca. ,

1 Justificación

La formación es clave para mejorar la calidad de la atención sanitaria. Es importante avanzar hacia una evaluación formativa que incluya el aprendizaje; su aplicación profesional y su impacto en los resultados en salud.

2 Objetivos

Analizar la evaluación formativa respecto a conocimientos y su aplicación tras la realización de los cursos impartidos por la Unidad Docente de Huesca desde noviembre de 2024.

3 Material y métodos

Desde noviembre de 2024, en las actividades formativas organizadas por la Unidad Docente, se evaluaron los conocimientos mediante encuestas con preguntas de dos opciones (Verdadero/Falso) realizadas antes y después de cada curso y la aplicación práctica en la actividad profesional a través de encuestas de seguimiento realizadas entre dos y tres meses después de finalizada la formación.

4 Resultados

La valoración de conocimientos en el curso de ecografía de tiroides y adenopatías mostró mejora en los resultados post-formación. En el resto de las acciones formativas (cirugía menor, estrategia comunitaria, infiltraciones y sistema GRADE), los conocimientos previos eran elevados, por lo que la diferencia entre el pretest y el postest no fue relevante.

La formación sobre estrategia comunitaria, obtuvo mayor participación en la encuesta de seguimiento (16 respuestas), con un 30% de los participantes recomendando más de un activo y un 86% valorando su utilidad con puntuaciones superiores a 7. En cirugía menor, 15 personas respondieron, todas indicando haber realizado más de dos intervenciones y destacando como aspectos de mayor impacto la mayor destreza y confianza. El curso de ecografía recibió solo dos respuestas, destacando la realización de ocho ecografías y una mejora en la resolución de problemas de salud. El taller de infiltraciones obtuvo baja implementación práctica, aunque se identificaron beneficios como mayor seguridad, reducción en derivaciones y mejor resolución clínica. Por último, el taller sobre el sistema GRADE fue valorado con una utilidad media y baja.

5 Conclusiones

Medir conocimientos adquiridos y su transferencia a la práctica clínica resulta relevante en la formación de residentes, ya que facilita la identificación de áreas de mejora a la hora de planificar los procesos formativos en aras hacia la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.

C0067 ¿QUÉ PIENSAN LOS RESIDENTES MFYC DE SU FORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS?

Ana María López Rodríguez¹, Lucía Goikoetxea Hernández², Patricia Martínez López³, Nora Patus Echezarreta⁴, Rosa M. Añel Rodríguez⁵, María Del Carmen Donaire Urquijo⁶

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bilbao, España

²MIR MFyC. CS Gallarta, OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. España

³EIR MFyC. CS Ortuella. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, España

⁴Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bilbao, España

⁵Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bilbao, España

⁶Jefa de estudios Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bilbao, España

1 Justificación

La experiencia formativa de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (RR MFyC) en urgencias está modulada por factores intrínsecos (actitud, expectativas, preparación previa) y extrínsecos (estructura organizativa, tutorización, volumen asistencial o tamaño del hospital). Identificar los elementos que influyen positiva o negativamente en esta experiencia resulta clave para implementar mejoras formativas y asistenciales. Este estudio analiza dicha experiencia en el caso de los RR MFyC de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

2 Objetivos

1. Analizar la experiencia de los RR MFyC en urgencias hospitalarias
2. Examinar si hay diferencias según el tamaño del hospital
3. Identificar áreas de mejora

3 Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de contenido de las memorias anuales elaboradas por los residentes, al final de su periodo R1 y R3.

Muestra: RR MFyC de las promociones MIR 2024–2028 (actualmente R2) y 2022–2026 (actualmente R4), del Hospital San Eloy (centro comarcal, 5 residentes por año, n=10) y del Hospital de Cruces (hospital terciario de referencia, 15 residentes por año, n=30).

Ánalisis cualitativo temático de los textos narrativos. Análisis cuantitativo de las puntuaciones asignadas (escala 1–10) a los ítems grado de tutorización, trato personal, actividad docente global y grado de satisfacción general. Identificación de aspectos positivos más relevantes y aspectos a mejorar.

4 Resultados

Categorías de análisis cualitativo: • Tutorización: variabilidad según turno y hospital • Carga asistencial: interfiere en el aprendizaje. • Trato personal y clima de acogida: clave para una buena experiencia formativa. • Percepción del rol del residente MFyC: escasa integración en equipos multiprofesionales o en decisiones clínicas.

Ánalisis cuantitativo (resultados preliminares): puntuaciones medias consistentemente más altas en hospital comarcal en todos los ítems tutorización (8,6 vs. 6,4), trato personal (9,1 vs. 7,2), actividad docente (7,9 vs. 6,0) y satisfacción global (8,4 vs. 6,7).

5 Conclusiones

La experiencia de los MFyC en urgencias hospitalarias varía significativamente entre hospitales, siendo mejor en los centros de menor tamaño. Factores como la calidad de la tutorización, el reconocimiento del rol del residente y el ambiente de acogida tienen un papel central. Estos hallazgos deben orientar futuras intervenciones para mejorar la calidad formativa, especialmente en los servicios de urgencias de mayor tamaño y complejidad.

C0075 FORMACIÓN DEL RESIDENTE BASADA EN UNA ATENCIÓN CONTINUADA E INDIVIDUALIZADA, NUESTRA EXPERIENCIA.

Noemí Montes Ortega¹, Marc Pérez Xaus², Helena Vallverdú Cartié³

¹*Cirugía general y del aparato digestivo. Hospital universitario de VIC VIC España*

²*Cirugía general y del aparato digestivo. Hospital universitario de VIC VIC España*

³*Cirugía general y del aparato digestivo. Hospital universitario de VIC VIC España*

1 Justificación

En muchos hospitales los MIR adquieren sus habilidades y competencias a través de un aprendizaje informal y no estructurado, mediante la experiencia cotidiana “aprender haciendo”.

2 Objetivos

En nuestro centro consideramos que se debe promover una formación continuada, estructurada y progresiva para alcanzar las competencias, dar un apoyo más individualizado en los casos que se precise y evaluar las competencias adquiridas de los MIR de la manera más objetiva y estandarizada posible.

3 Material y métodos

Desde 2020 organizamos un plan formativo progresivo y con evaluaciones continuadas que nos permiten ver con antelación probables áreas de mejora y poder realizar intervenciones específicas, para que el residente pueda adquirir las competencias necesarias para su desarrollo como cirujano. A parte de la formación recibida durante el trabajo diario y los cursos formativos obligatorios, hemos implementado evaluaciones teórico-prácticas para afianzar la progresión adecuada de los residentes, consistiendo en: Examen escrito de respuesta larga de 5-6 preguntas al final de cada rotación por las distintas subunidades. Examen oral de un caso clínico, delante de un tribunal formado por cirujanos del servicio, donde desarrollan los pasos para el diagnóstico y manejo terapéutico. Examen de la práctica quirúrgica: se realiza seguimiento y evaluación constante de su actividad quirúrgica habitual tanto de urgencias como electiva. De manera semestral se realizan programas quirúrgicos específicos para los residentes siendo ayudados por los residentes de diferentes años, mediante la evaluación OSATS.

4 Resultados

Después de cada rotación, se evalúa la adquisiciones de las competencias mediante una rúbrica diseñada especialmente para los MIR de cirugía general, integral y holística de lo que debe tener un buen cirujano. Se realiza feedback con el residente, valorando sus puntos fuertes y áreas de mejora.

El plan formativo es dinámico y atiende a las necesidades de cada residente, siendo de vital importancia la figura del tutor, y de su seguimiento individualizado.

5 Conclusiones

Este sistema de formación continuada y evaluación constante nos permite valorar de forma objetiva los conocimientos teóricos y prácticos de los residentes y sus competencias adquiridas, y detectar áreas de mejora, permitiendo realizar intervenciones y programas específicos de mejora.

C0076 LA RÚBRICA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL, PRIMERA EXPERIENCIA.

Noemí Montes Ortega¹, Marc Pérez Xaus², Helena Vallverdú Cartié³

¹*Cirugía general y del aparato digestivo Hospital universitario de Vic Vic España*

²*Cirugía general y del aparato digestivo Hospital universitario de Vic Vic España*

³*Cirugía general y del aparato digestivo Hospital universitario de Vic Vic España*

1 Justificación

A la hora de evaluar las rotaciones, los colaboradores docentes disponen de una hoja de evaluación dispuesta por el Ministerio, generalista y poco adaptada a las residencias quirúrgicas.

2 Objetivos

Ante dicha dificultad se nos planteó la duda de como podíamos evaluar correctamente todas las competencias adquiridas de los MIR quirúrgicos de la manera los más objetiva y estandarizada posible.

3 Material y métodos

Desde 2024 y en las rotaciones propias de nuestro servicio de cirugía general se utiliza una rúbrica diseñada específicamente para los MIR de cirugía general, se buscó que fuera una rúbrica completa y que evaluará de manera integral todas la competencias, habilidades, aptitudes y actitudes necesarias para desempeñar el ejercicio de un cirujano.

Consta 54 ítems que se deben evaluar del 0 al 10 o no evaluable, según el año de residencia. Estos ítems reflejan diferentes ámbitos como de la anamnesis, exploración física, juicio clínico, profesionalismo, habilidades comunicativas, organización/ eficiencia, conocimientos teóricos y habilidades quirúrgicas.

También se añade 3 apartados de texto libre a comentar los puntos fuertes, áreas de mejora del residente y acciones de mejora para la formación del residente.

Después de cada evaluación se realiza feedback con el residente, valorando sus puntos fuertes y también sus áreas de mejora. Todo ello nos permite ver en qué áreas podemos intervenir si el residente lo necesita y reevaluar dichas competencias pasado un periodo de recuperación o reajuste de la formación para que el residente pueda alcanzar los objetivos.

4 Resultados

La sensación de cumplimentar la rúbrica por los colaboradores docentes, aunque inicialmente al ser una evaluación algo más ampliada (54 ítems), respecto a la hoja del ministerio donde solo se evalúan 11 ítems y muy generalistas, la visualizan más completa permitiendo puntuar de forma más objetiva, afinar la puntuación y evaluar la adquisición de todas las competencias de un cirujano.

5 Conclusiones

Esta rúbrica integral nos permite evaluar de forma más objetiva, ampliada y estructurada todas las competencias de un MIR de cirugía general.

C0077 INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL SERVICIO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN ASISTENTE VIRTUAL EN UNA UNIDAD DOCENTE

M. Pilar López Juárez¹, M. Antonia Montero Gaspar², M. Ángeles Ruiz Muñoz³, Mar García Medina⁴, Vega Molina Sánchez⁵, Ana Belén Cortés Serrano⁶

¹Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

²Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

³Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

⁴Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

⁵Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

⁶Investigación, Docencia, Formación, Calidad y Biblioteca. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

1 Justificación

Las Unidades Docentes (UD) de Formación Sanitaria Especializada (FSE) desarrollan su labor en un entorno cada vez más complejo, marcado por el manejo de gran volumen de información y carga administrativa bajo una normativa y legislación exigentes.

La inteligencia artificial (IA) aplica algoritmos para analizar datos, identificar patrones y generar respuestas sin intervención humana. El modelo GPT (Generative Pre-trained Transformer) genera respuestas basadas en su entrenamiento, pero no siempre son precisas. Sin embargo, los modelos con tecnología RAG (Retrieval-Augmented Generation), combinan generación de texto con recuperación de información en tiempo real, mejorando su fiabilidad y precisión.

Modernizando nuestras herramientas de consulta y optimizando recursos sin coste económico, proponemos desarrollar un asistente virtual con IA y tecnología RAG como apoyo en la gestión diaria de nuestra UD.

2 Objetivos

Evaluar la viabilidad de integrar un asistente virtual basado en IA con tecnología RAG en la UD de Ciudad Real, desarrollarlo, validarla y medir su impacto y utilidad.

3 Material y métodos

Para valorar la **viabilidad del asistente**, deben cumplirse cinco condiciones: desarrollo propio, sin coste económico, uso de tecnología RAG, accesible y de utilidad para todos los perfiles vinculados a la FSE.

Su **desarrollo y validación** se estructura en cinco fases: elección de plataforma; diseño del contenido, estructura de diálogo y lógica de decisión; revisión de literatura sobre FSE para construir la base de conocimiento; configuración técnica conectando contenidos y flujos conversacionales; y finalmente, entrenamiento, validación y mejoras (junio-diciembre 2025).

El **impacto y la utilidad** se evaluarán mediante un cuestionario tipo Likert, como parte del proceso de mejora continua (enero-diciembre 2026).

4 Resultados

Desarrollo de un asistente virtual basado en IA con tecnología RAG, gratuito y validado, que interactúe con los usuarios mediante conversaciones automatizadas, ofrezca respuestas precisas y contextualizadas a dudas frecuentes en el marco de la FSE y que siempre se encuentre disponible en la web de la UD de Ciudad Real.

5 Conclusiones

La incorporación de un asistente virtual con IA con tecnología RAG puede suponer un avance significativo en la forma en que las UD gestionan la FSE, ofreciendo una vía ágil, fiable y accesible para resolver consultas frecuentes, complementando los canales tradicionales de atención y facilitando el acceso a información clave mediante respuestas automáticas basadas en fuentes verificadas.

C0078 EL COMITÉ DE EMPRESA MIR Y EL VALOR DE INTRODUCIR LOS ASPECTOS LABORALES AL PERSONAL EN FORMACIÓN EN LAS JORNADAS DE BIENVENIDA.

Cristian Vale Varela¹, Ana Galán García², Alejandro Marcelles de Pedro³, Fernando Jose Sancho Checa⁴, Sheila Justo Sanchez⁵, Ángela Hernández Puente⁶

¹*Presidente Sector MIR AMYTS, Madrid, España*

²*Delegada Sector MIR AMYTS, Madrid, España*

³*Presidente del Comité de Empresa de personal en formación del SERMAS, Madrid, España*

⁴*Delegado miembro del Comité de Empresa de personal en formación del SERMAS, Madrid, España*

⁵*Vicepresidenta AMYTS, Madrid, España*

⁶*Secretaria general AMYTS, Madrid, España*

1 Justificación

En el inicio de la residencia médica, los contenidos formativos suelen centrarse en aspectos clínicos, dejando de lado cuestiones legales y laborales fundamentales. Para paliar esta carencia, el Comité de Empresa del personal en formación del SERMAS —integrado en su totalidad por miembros del sindicato AMYTS— ha impulsado su participación en las jornadas de bienvenida centrándose en los derechos y deberes laborales de los residentes en aquellas unidades docentes del SERMAS que dan el espacio para su desarrollo. Estas sesiones abordan temas clave como la jornada laboral, los descansos, incompatibilidades y adaptaciones, el régimen disciplinario y la figura del propio Comité de Empresa, elementos frecuentemente ignorados o tratados de forma superficial.

2 Objetivos

Analizar el grado de conocimiento previo sobre el Comité de Empresa, valorar el impacto de las sesiones en la adquisición de conocimientos laborales, medir la aceptación y utilidad percibida de esta formación, e identificar posibles áreas de mejora.

3 Material y métodos

Se realizó una encuesta anónima, online y voluntaria, abierta a la totalidad de residentes de la Comunidad de Madrid (aproximadamente 6.500), obteniendo 355 respuestas asociados a su correo institucional. La difusión se realizó por correo electrónico, grupos de WhatsApp y redes sociales del sindicato. La encuesta incluía preguntas sobre asistencia, conocimientos previos, utilidad percibida y recomendación futura.

4 Resultados

El 44% de los encuestados indicó que su Unidad Docente ofreció esta sesión, y un 75% de ellos asistió. Solo el 12,5% conocía previamente el Comité de Empresa, y un 37,5% desconocía los motivos por los que podrían ser expulsados de la residencia. Tras asistir a la sesión, el 62,5% consideró haber adquirido conocimientos relevantes, y el 100% expresó que esta formación es importante y que la recomendaría a nuevas promociones.

5 Conclusiones

Las jornadas del Comité de Empresa cubren una necesidad formativa crítica. La valoración positiva y la demanda unánime de este tipo de contenidos refuerzan la necesidad de integrar de forma sistemática la educación legal-laboral en los programas de acogida de residentes. Esta iniciativa contribuye significativamente al empoderamiento profesional y la defensa de derechos del personal en formación.

C0081 DEL NÚMERO A LA COMPETENCIA: IMPLICANDO AL RESIDENTE EN LA EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LA AUTORREFLEXIÓN

Rosa Iban Ocha¹, Julio César Santos Pastor², Luis Jolín Garijo³, André Martinez Beceiro⁴, Fernando Alvarez Guisasola⁵, M^g Nieves González Natal⁶

¹Jefe de estudios UDM AFyC Valladolid Oeste

²Jefe de estudios UDM AFyC de Segovia

³Jefe de Estudios UDM AFyC Palencia

⁴Jefe de estudios UDM AFyC de Burgos

⁵Jefe de estudios UDM AFyC de León

⁶Técnico facultativo del Servicio de formación y evaluación de especialidades sanitarias. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

1 Justificación

El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria subraya la importancia del desarrollo competencial integral de los profesionales en formación, incorporando un enfoque basado en competencias, evaluación continua y aprendizaje activo.

En este marco, se hace necesario avanzar hacia sistemas de evaluación que vayan más allá de la calificación numérica, fomentando la implicación activa del residente en su propio proceso formativo. La autorreflexión, entendida como una herramienta estructurada para promover el pensamiento crítico y la autoconciencia profesional, se configura como un componente esencial de la evaluación formativa.

Establecer espacios de retroalimentación entre tutores y residentes permite reforzar el aprendizaje significativo, facilita la identificación de áreas de mejora y fortalece la autonomía progresiva del residente. Desarrollar e implementar herramientas específicas que favorezcan este enfoque, contribuyendo así a una formación más personalizada y crítica.

2 Objetivos

Consensuar un modelo de evaluación formativa para residentes de primer año (R1) de Medicina Familiar y Comunitaria en la comunidad de Castilla y León, orientado a valorar de manera estructurada el desarrollo de competencias clínicas específicas.

Diseñar e implementar herramientas de evaluación que promuevan la autorreflexión del residente y estructuren el proceso de retroalimentación con su tutor, tomando como referencia instrumentos previamente validados, como el formulario ACPAPS, con el fin de favorecer un aprendizaje crítico, autónomo y centrado en la mejora continua.

3 Material y métodos

Reuniones semanales/quincenales para elaborar una herramienta que genere un espacio de autorreflexión del residente en relación a la adquisición de competencias, tomando como base el cuestionario ACPAPS
Generar un modelo para recoger un incidente crítico-evento adverso.

4 Resultados

Se ha desarrollado un cuestionario de 10 ítems de autorreflexión supervisada: autoevaluación, reflexión sobre el progreso y autonomía adquiridos basados en el cuestionario ACPAPS.

Se ha establecido un modelo sobre un incidente crítico sobre un error diagnóstico o terapéutico propio o ajeno

5 Conclusiones

Es necesario establecer herramientas que fomente un espacio de autorreflexión por parte del residente que sirvan de base para una auténtica evaluación formativa y sea el punto de partida del encuentro tutor-residentes

Es necesario tener un feed-back de dicha implantación para valorar posibles cambios y mejoras del estándar propuesto

C0082 DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN FORMATIVO UNIFICADO PARA RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN CATALUÑA

ROCIO VILLAR VINUESA¹, Sebastiana Quesada², Núria Mestre³, Maria Luisa Anglés⁴, Maria Teresa Mestre⁵, Jordi Vilana⁶

¹Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Hospital Clínic de Barcelona, España

²Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Hospital Clínic de Barcelona, España

³Dirección General de Profesionales de la Salud Departament de Salut de Cataluña, España

⁴Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, España

⁵Unitat de Salud y Prevención Hospital Joan XXIII, Institut Català de la Salut de Tarragona, España

⁶Dirección General de Profesionales de la Salud Departament de Salut de Cataluña, España

1 Justificación

La Formación Sanitaria Especializada en Medicina y Enfermería del Trabajo requiere una estructura docente coherente, homogénea y alineada con los objetivos establecidos en la normativa vigente. Hasta el momento, la formación de los residentes en estas especialidades presentaba variabilidad entre unidades docentes, lo que dificultaba la garantía de una formación equitativa y de calidad.

2 Objetivos

Diseñar un plan formativo común para todas las unidades docentes de Medicina y Enfermería del Trabajo, que garantice el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje y que refuerce el valor de lo público como garante de cohesión, equidad y excelencia formativa.

3 Material y métodos

Posteriormente a la acreditación del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña como centro formador, se constituyó un Comité Pedagógico multidisciplinar con representación de profesionales de distintas unidades docentes multiprofesionales de Salud laboral de Cataluña. Este comité adoptó una metodología de trabajo colaborativa, basada en sesiones periódicas de análisis, revisión normativa, identificación de competencias clave y diseño de contenidos. Se definió una filosofía docente innovadora, centrado en el residente, basado en su aprendizaje activo, la transversalidad y la evaluación continua.

4 Resultados

El trabajo del Comité Pedagógico culminó en la elaboración de un plan formativo unificado, que ha sido implementado en todas las unidades docentes de Medicina y Enfermería del Trabajo de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Este plan ha permitido homogeneizar la formación de los residentes, facilitar la coordinación entre tutores y responsables docentes, y establecer una base común para la evaluación del progreso formativo. Además, ha supuesto un ejercicio de síntesis y cooperación institucional que refuerza el papel del sistema público como motor de calidad y cohesión.

5 Conclusiones

La creación de un plan formativo común supone una herramienta eficaz para garantizar una formación especializada homogénea, equitativa y alineada con los valores del sistema público de salud y su capacidad para liderar procesos transversales. La experiencia pone en valor el trabajo colaborativo en la mejora continua en la formación sanitaria especializada.

C0086 EXPERIENCIA DE ROTACIÓN DE RESIDENTES EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: COHORTE IMPACT

MUSKILDA GOYENECHE DEL RIO¹, DANIEL SANLES SAN JUAN², LEONOR RICO SANCHEZ³, IKER FRANCISCO FERNANDEZ⁴, ANA PAZ MARTIN⁵, BLANCA COBOS ARTAZA⁶, RAFA ROTAECHE DEL CAMPO⁷

¹UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA GIPUZKOA, Técnica, DONOSTIA, España

²UNIDAD INVESTIGACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA GIPUZKOA, TECNICO IMPaCT

³UNIDAD INVESTIGACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA GIPUZKOA, TECNICO IMPaCT

⁴UNIDAD INVESTIGACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA GIPUZKOA, TECNICO IMPaCT

⁵UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA GIPUZKOA, MIR DONOSTIA, España

⁶UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA GIPUZKOA, MIR DONOSTIA, España

⁷Responsable de la Unidad de investigación AP-Gipuzkoa

1 Justificación

La necesidad de incorporar la investigación en la formación en Atención Familiar y Comunitaria requiere nuevas estrategias que permitan a los residentes participar en proyectos reales, como recoge el nuevo programa oficial de la especialidad.

Esta experiencia surge de la colaboración entre la Unidad Docente (UD) y la Unidad de Investigación en Atención Primaria (UIAP), y consiste en la rotación en un proyecto nacional de investigación de cohorte prospectivo y multicéntrico: la Cohorte IMPaCT.

2 Objetivos

- Principal: Adquirir conocimientos y habilidades sobre el trabajo de campo en investigación en AP y reflexionar sobre la experiencia.
- Secundario: Fomentar el interés en investigación.

3 Material y métodos

Se diseñó de forma conjunta el contenido y calendario de la rotación entre la UIAP, técnicos de la UD e IMPaCT. Se presentó el proyecto a los residentes.

Participaron residentes de tercer año (enero-junio 2025), con una estancia de tres días en un nodo de la cohorte IMPaCT, ubicado en un Centro de Salud. Realizaron tareas reales: captación, consentimiento informado, entrevistas, exploraciones y registro de datos.

Los técnicos IMPaCT evaluaron conocimientos y actitud. Los residentes elaboraron una memoria reflexiva sobre el diseño, ejecución y seguimiento del estudio, evaluada por la UD. También realizaron una valoración subjetiva mediante texto libre, y se recogió el feedback de los técnicos.

4 Resultados

La evaluación media sobre conocimientos y habilidades adquiridos fue de 9.6; la actitud: 9.7 y la de la memoria fue de 8.25 (rango 0-10) de un total de 18 residentes.

Las valoraciones subjetivas por parte de los residentes fueron muy positivas y se eligió algún verbatim de las memorias tras solicitar consentimiento informado.

Los técnicos IMPaCT valoraron favorablemente la experiencia, destacando el interés mostrado por los residentes y el descubrimiento de un área de investigación poco conocida.

5 Conclusiones

La experiencia representa una innovación docente, al ofrecer a los residentes una vivencia directa del proceso investigador. Esta integración rompe con la visión tradicional de la investigación como algo ajeno al trabajo asistencial, mostrando que ambas dimensiones pueden y deben coexistir.

Los técnicos IMPaCT de la UIAP se han integrado como formadores colaboradores de la UD, suponiendo un avance en la colaboración entre ambas unidades.

C0093 FINALIZACIÓN PREMATURA DEL PERÍODO DE RESIDENCIA EN LA UNIDAD DOCENTE DE CIUDAD REAL. INCIDENCIA Y ANÁLISIS DE CAUSAS.

MARÍA ANTONIA MONTERO GASPAR¹, M^g ÁNGELES RUIZ MUÑOZ², MARÍA DEL PILAR LÓPEZ JUÁREZ³, Gema Verdugo Moreno⁴, María del Mar García Medina⁵, M^g Vega Molina Sánchez⁶

¹HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL, CIUDAD REAL, España

²Unidad Docente de Ciudad Real, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

³Unidad Docente de Ciudad Real, Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real, España

⁴Coordinadora IDFyCB. Hospital General de Ciudad Real Ciudad Real, España

⁵Unidad Docente de Ciudad Real, Hospital General de Ciudad Real Ciudad Real, España

⁶Unidad Docente de Ciudad Real, Hospital General de Ciudad Real Ciudad Real, España

1 Justificación

No es habitual que un residente (R) finalice su contrato de forma prematura, y aunque el Ministerio de Sanidad establece unos motivos bien determinados, existe poca información de las causas y su evolución en el tiempo en los centros acreditados.

2 Objetivos

Analizar los casos de extinción de contrato, voluntario o no, en una unidad docente (UD) con más de 280 R y 30 especialidades, causas y evolución en diez años.

3 Material y métodos

Se revisaron los R con plaza adjudicada en la UD de Ciudad Real desde 2015 a 2025, extrayendo los casos de extinción prematura del contrato, renuncias a la plaza adjudicada y no incorporación a la UD.

Las causas de renuncia se dividieron en: Insuficiente aprendizaje no recuperable, renuncia voluntaria, extinción por motivos administrativos, no superación del reconocimiento médico, o expediente disciplinario durante el periodo de residencia.

4 Resultados

Se analizaron 677 R con plaza adjudicada (501 de especialidades hospitalarias) De ellos, 22 no finalizaron la residencia. (0.04 %). No se produjo ningún éxito durante la misma.

Las causas encontradas fueron:

- Renuncia voluntaria tras el inicio de la especialidad, por no conformidad con la misma o el servicio adjudicado: 11 casos.
- Renuncia previa a firma de contrato, o no incorporación a la UD: 4:
- Insuficiente aprendizaje, irrecuperable: 2.

- Causas administrativas: 6. Éstas comprenden: incompatibilidad por actividad laboral en otro centro sanitario: 3. No superación de examen médico inicial. 2. Falta disciplinaria grave: 1.

Casi la totalidad de las 11 renuncias voluntarias se produjeron en el 1º año de residencia. Solo 1 caso renunció en el segundo año. Un 73% correspondieron a especialidades hospitalarias.

Los 4 R con incompatibilidad eran EIR con actividad laboral en otros centros, al que dieron prioridad frente a la plaza de FSE. En 2 ocasiones, la no superación del examen médico implicaba imposibilidad física para ejercer la especialidad adjudicada. 1 de ellos consiguió un cambio excepcional de especialidad.

5 Conclusiones

La finalización precoz de residencia, voluntaria o no, tiene una baja incidencia y no ha aumentado en los últimos 5 años. La mayoría son renuncias voluntarias en especialidades hospitalarias durante el primer año de formación sanitaria.

C0094 ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA CON ORIENTACIÓN FAMILIAR?: "APRENDER INVESTIGANDO"

Jesús-Martín Treviño Theriot¹, Sandra López Caballero², Ander Portugal Martínez³, Margarita López Rey⁴, Juan Carlos Arbonies Ortiz⁵, Heather L. Rogers⁶

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico en Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Cruces. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. (IIS Biobizkaia) Barakaldo, España

²Enfermera y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica de Familia en Centro de Salud "La Paz". OSI Barakaldo-Sestao. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. (IIS Biobizkaia) Barakaldo, España

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Familia en Centro de Salud "Zuazo". Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. (IIS Biobizkaia) OSI Barakaldo-Sestao. Barakaldo, España

⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica de Familia en Centro de Salud "La Paz". OSI Barakaldo-Sestao. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. (IIS Biobizkaia) Barakaldo, España

⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico Sanitario de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Guipúzcoa. Donostia-San Sebastián, España

⁶Dra. Psicología Médica. Máster en Salud Pública. Investigadora principal del grupo de trabajo. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. (IIS Biobizkaia) Barakaldo, España

1 Justificación

Durante su formación, los residentes de Atención Familiar y Comunitaria tienen que desarrollar un trabajo de investigación y además tienen como competencia específica de su nuevo programa de especialidad la aplicación de la Atención Centrada en la Persona (ACP). Aunque los criterios para evaluar la ACP están en fase de desarrollo, y la aplicación con orientación familiar, es todavía menos conocida.

2 Objetivos

- Desarrollar un instrumento que mida los componentes de la Atención Centrada en la Persona con Orientación Familiar (ACP-OF)
- Aprender competencias de comunicación e investigación.

3 Material y métodos

Tras realizar una revisión bibliográfica sobre los niveles de implicación familiar, los cuestionarios de evaluación de competencias de comunicación y tras el envío al comité de ética, se desarrolló un estudio observacional trasversal en 3 fases:

1. Desarrollo del instrumento inicial ACP-OF (2023)
2. Optimización del instrumento inicial ACP-OF (2024)
3. Validación del instrumento inicial ACP-OF (2025)

Para el análisis se utilizaron videogramaciones de las consultas de residentes, y también modalidad *role play*.

4 Resultados

- Elaboración estratificada de los niveles de competencias de los Médicos de Familia en ACP-OF, tabla actualmente en desarrollo
- Actividad colaborativa y divulgativa sobre los fundamentos de la investigación en atención primaria.
- Los médicos residentes y los tutores profundizaron en el conocimiento y puesta en práctica de competencias avanzadas de comunicación.
- Realización y observación de prácticas simuladas en las competencias de ACP-OF

5 Conclusiones

La ACP-OF tiene una serie de competencias específicas para ser aplicadas. El conocimiento y puesta en marcha de dichas competencias puede ser evaluado mediante instrumentos de medición. La implicación y participación en un trabajo de investigación, así como su realización ayuda a los médicos residentes a formarse en competencias de investigación. La participación en proyecto de investigación basado en temas de comunicación, permite a los residentes adquirir competencias avanzadas en esta herramienta fundamental.

El binomio TUTOR-RESIDENTE permite compartir conocimiento y desarrolla nuevas perspectivas en un proyecto de investigación, que resultan claramente enriquecedoras para ambas partes.

C0096 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y EN SUS UNIDADES DOCENTES.

Manuel José Párraga Ramírez¹, Andres Carrillo Alcaraz², Rafael Antonio Pérez Costa³, Maravillas de la Nieves Alcazar Espín⁴, Encarnación López López⁵, Eva Sanchez Rodriguez⁶

¹Jefe de Estudios Unidad Docente del Hospital Jose María Morales Meseguer, , Murcia, España

²Medico Jubilado UCI. Hospital JM Morales Meseguer. Murcia

³Unidad de Formación. Urgencias.Hospital JM Morales Meseguer. Murcia

⁴Tutora UCI.Hospital JM Morales Meseguer. Murcia

⁵Jefe Administrativos. U. de Docencia Hospital JM Morales Meseguer. Murcia

⁶Administrativa. Unidad de Docencia Hospital JM Morales Meseguer. Murcia

1 Justificación

La satisfacción de los médicos en formación es un tema complejo que abarca varios aspectos de su vida laboral, pero cuyo control es necesario para mantener y mejorar la calidad de su formación.

2 Objetivos

Conocer el nivel de percepción de la formación, las condiciones para la docencia, su progresión formativa, su valoración de la investigación y su experiencia global junto las posibles diferencias por año formativo

3 Material y métodos

Se ha diseñado una encuesta con 23 ítems sobre conocimiento, valoración y satisfacción con la calidad docente de su centro hospitalario y su servicio clínico. Las respuestas eran dicotómicas (SI/NO), escala tipo Likert o de 0 a 10. Los residentes fueron agrupados año formativo. Las variables se muestran como número y porcentajes o mediana (rango intercuartílico). Se realizó una comparación entre variables mediante la aplicación de las pruebas Ji2 de Pearson y Mann Whitney

4 Resultados

Respondieron 130 residentes. Los resultados:

		Todos (n=130)	R1 (n=35)	R2 (n=29)	R3 (n=31)	R4 (n=26)	R5 (n=9)	Valor p
Adecuación con progresión (Excelente/muy buena), n (%)	Responsabilidad	105 (80,7)	24 (68,5)	24 (82,8)	27 (87,1)	22 (88,5)	7 (77,7)	0,013
Conocimiento PGCD,n (%)		92 (70,8)	23 (65,7)	21 (72,4)	23 (74,2)	18 (69,2)	7 (77,8)	0,926
Adecuación proporción tiempo dedicado a asistencia y docencia (Excelente/muy buena), n (%)		74 (57,9)	19 (54,3)	17 (58,6)	20 (64,6)	13 (50,0)	5 (55,5)	0,425
Adecuación proporción tiempo dedicado a asistencia e investigación (Excelente/muy buena), n (%)		56 (43,1)	15 (42,8)	11 (37,9)	18 (58,0)	9 (34,6) (33,3)	3 (33,3)	0,020
Valoración guardias en servicio (Excelente/Muy Buena), n (%)		96 (73,8)	24 (68,6)	22 (75,9)	21 (67,7)	22 (84,6)	7 (77,7)	0,041
Condiciones del hospital		9 (8-10)	9 (8-10)	10 (8-10)	8 (7-9)	8,5 (8-10)	10 (8-10)	0,699
Satisfacción con Tutor		10 (9-10)	10 (9-10)	9 (9-10)	9 (9-10)	8 (8-10) (9-10)	10 (9-10)	0,784
Valoración global		9 (9-10)	9 (9-10)	9 (8-10)	9 (8-10)	9,5 (9-10)	10 (9-10)	0,573

5 Conclusiones

Los residentes valoran bien su hospital y su unidad docente. Destacan la labor de tutores y un déficit en investigación. Por año formativo, los períodos extremos (R1 y R5) reflejan menor adecuación de la progresión en responsabilidad asistencial

C0098 SOFT SKILLS: LA ASIGNATURA PENDIENTE EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Isabel López-Abadía Rodrigo¹, Andrés Sellart Nieto², María Victoria Elejalde García³, José Vicente Lafuente Sánchez⁴, Crescente Martínez Ortega⁵, Kepa mirena San Sebastián Moreno⁶

¹Depto. Especialidades Médico-quirúrgicas, Facultad de Medicina y Enfermería, Bilbao, España

²Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia

³Comisión de deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia

⁴Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia

⁵Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia

⁶Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia

1 Justificación

La excelencia médica no depende solo de diagnósticos precisos o procedimientos impecables. La realidad es que la mayoría de los conflictos que acaban en denuncias no surgen de errores técnicos, sino de fallos en las llamadas *soft skills*: comunicación, empatía, gestión emocional o conocimiento de los límites éticos y legales. Sin embargo, estas habilidades siguen siendo el “talón de Aquiles” de la formación médica, donde se priorizan las competencias técnicas por encima de la relación humano-profesional con el paciente. Cuando los conflictos aparecen, muchos médicos se sienten desprotegidos, frustrados e incapaces de entender por qué, habiendo seguido el protocolo, son denunciados.

2 Objetivos

Evaluar la necesidad de reforzar la formación en competencias no técnicas —ética, comunicación, habilidades interpersonales— tanto en la etapa de residencia como en la formación continuada. Identificar las especialidades y situaciones clínicas donde la ausencia de estas competencias tiene mayor impacto.

3 Material y métodos

Ánalisis retrospectivo de 167 denuncias tramitadas en el Colegio de Médicos de Bizkaia en la última década, excluyendo aquellas archivadas por prescripción o falta de fundamento.

4 Resultados

- Las especialidades con más conflictos son pediatría, psiquiatría y medicina de familia.
- Más del 70% de los casos reflejan una comunicación deficiente con el paciente o con su entorno.
- También se detecta un desconocimiento significativo de los límites legales, deontológicos y éticos en situaciones complejas.
- La respuesta habitual del profesional es apelar al cumplimiento del protocolo y al respeto al paciente.
- Expresan sorpresa e incomprendimiento por la situación que ha llevado al proceso judicial o disciplinario.

5 Conclusiones

Los datos evidencian una carencia formativa en habilidades no técnicas, que son determinantes en la relación médico-paciente.

Incorporar una formación reglada y continuada en ética, comunicación y gestión de conflictos no solo reduciría denuncias, sino que reforzaría la confianza, la seguridad y la calidad asistencial en la práctica clínica.

C0104 APLICACIÓN DE LAS ECOES PARA LA EVALUACIÓN FORMATIVA DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cèsar W. Ruiz Campillo¹, Sonia Cañadas Palazón², Inés Pazos Couce³, Francisco Javier Mora Repullo⁴, Ignasi Maspons Molins⁵, Marta Sánchez Oliver⁶

¹Servicio de Neonatología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

²Servicio de Pediatría (Área de Urgencias Pediátricas), Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

³Centro de Simulación Clínica Avanzada, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

⁴Centro de Simulación Clínica Avanzada, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

⁵Centro de Simulación Clínica Avanzada, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

⁶Centro de Simulación Clínica Avanzada, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

1 Justificación

Las ECOEs (Evaluaciones de Competencias Objetivas y Estructuradas) son una herramienta evaluativa del desempeño de múltiples competencias en contextos clínicos simulados. Pueden determinar un nivel de capacitación, pero también pueden utilizarse con voluntad formativa para establecer puntos fuertes y áreas de mejora. Su uso sistemático en el colectivo MIR español no está reportado en la literatura.

2 Objetivos

Determinar la aplicabilidad de unas pruebas ECOEs con múltiples estaciones simultáneas en un amplio grupo de residentes de Pediatría en un hospital de tercer nivel.

Exponer los resultados de las primeras pruebas ECOEs en tres promociones de residentes de Pediatría.

3 Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se exponen 1) Las condiciones para la preparación de las pruebas ECOEs de Pediatría; 2) Los resultados de las pruebas en los residentes (porcentaje de consecución de cada competencia); y 3) Los resultados de las encuestas de satisfacción (escala de Likert).

4 Resultados

Las ECOEs de Pediatría se empezaron a aplicar en 2024. Colaboraron más de 50 pediatras (incluidos todos los tutores) con supervisión común y con la colaboración del equipo técnico y de educación del centro de simulación. Se diseñaron un test teórico inicial y 10 estaciones simultáneas con sus respectivas rúbricas. Se evaluaron 6 competencias clínicas de las evaluaciones oficiales (conocimientos, habilidades, razonamiento clínico, toma de decisiones, uso de recursos y comunicación). Hubo pequeños cambios organizativos entre 2024 y 2025, sin incidencias destacables.

Participaron 52 residentes de tres promociones (34 R4 y 18 R3), un 100% de participación. Consecución de competencias entre 78 y 87%, sin diferencias significativas entre R3 y R4.

Los aspectos mejor valorados (excelente/bien) fueron el número de estaciones (92%) y su diseño (93,8%) y el peor valorado, la evaluación teórica inicial (25,6%).

5 Conclusiones

La aplicación sistemática de las pruebas ECOEs en un amplio grupo de residentes es posible si se dan todas las condiciones favorables. Y pueden ser replicadas por otros centros o por sociedades científicas.

Se obtuvo un alto grado de consecución de todas las competencias, tanto R3 como R4. Queda pendiente determinar la utilidad de las ECOEs en la mejora de las competencias para R3 a lo largo del 4º año de residencia.

La percepción de los residentes es que son pruebas útiles para mejorar sus competencias.

C0105 ESTRATEGIAS PARTICIPATIVAS DE PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LAS HABILIDADES CIENTÍFICAS ENTRE LOS RESIDENTES

Susanna Vilaseca Giralt¹, Roger Hortal², Pere Roura³, Jacint Altimiras⁴, Emma Puigoriol⁵, Núria Roger⁶

¹Docencia, Consorci Hospitalari de Vic, VIC, España

²Consorci Hospitalari de Vic

³Consorci Hospitalari de Vic

⁴Consorci Hospitalari de Vic

⁵Consorci Hospitalari de Vic

⁶Consorci Hospitalari de Vic

1 Justificación

La investigación y la comunicación científica tanto oral como escrita son competencias esenciales a adquirir y/o mejorar durante el período de formación especializada.

Observamos en nuestro centro un sesgo en la formación en competencias asistenciales que dejan en segundo plano el diseño de acciones formativas dirigidas específicamente a la investigación y comunicación científica.

Para motivar e incentivar la producción científica se diseñan estrategias participativas tipo concurso ligadas a rúbricas evaluativas que permitan un feedback formativo orientado a la mejora competencial.

2 Objetivos

Impulsar la investigación y la comunicación científica entre los residentes.

Dotar a los residentes de herramientas personales que les permitan una mejora continua en el ámbito de investigación y comunicación científica.

Promocionar la actividad científica de los servicios docentes del territorio.

3 Material y métodos

Ánalisis descriptivo retrospectivo de las iniciativas de promoción de la investigación entre nuestros residentes:

- Inicio 2018: Bolsa Formativa para residentes de la Comarca de Osona, con dos categorías: proyecto de investigación y reporte de caso clínico.
- Inicio 2024: Beca de investigación CHV y reconocimientos de último año.

Se describe la evolución de las normas de inscripción y participación al concurso, el impacto en los indicadores de implicación en investigación de los especialistas en formación, y la creación de un instrumento de evaluación mediante rúbrica para estructurar un feed-back formativo útil para la mejora competencial del residente.

4 Resultados

Desde la primera edición el 2018 se ha producido un incremento gradual importante en la participación de los residentes, y una evolución dinámica y constructiva de la normativa de participación.

A parte de la dotación económica para los premiados, todos los participantes reciben una valoración por parte del jurado tanto de la memoria o caso clínico presentado como de la defensa oral, en base a criterios de adecuación a metodología estandarizada de comunicación científica.

Los residentes premiados reciben mentoría y tutorización compartida para el desarrollo del proyecto, entre la Unidad de investigación del centro y los referentes de cada servicio.

5 Conclusiones

Utilizar el formato concurso como estrategia de promoción de la competencia investigadora de los residentes permite mantener la motivación y la implicación de los mismos en investigación.

El uso de rúbricas para la evaluación de los trabajos presentados permite un feedback formativo.

La mentoría compartida entre Unidad de Investigación y Servicio Docente mejora la calidad global.

C0107 ACREDITACIÓN INTERNACIONAL COMO HOSPITAL DOCENTE POR LA JOINT COMMISSION: OPORTUNIDADES Y RETOS

Javier De Miguel Díez¹, Alba Rapela Freire², Alicia Díaz Redondo³, Teresa Távora López⁴, María Isabel Durango Limáquez⁵, Sonia García de San José⁶

¹*Jefe de Estudios Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España*

²*Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España*

³*Coordinadora de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España*

⁴*Médico Adjunto Jefatura de Estudios. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España*

⁵*Supervisora Formación de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

⁶*Gerente Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

1 Justificación

La acreditación Joint Commission International (JCI) representa una oportunidad para reforzar la cultura de seguridad en hospitales, al establecer estándares específicos para las organizaciones que acogen profesionales en formación sanitaria especializada.

Su implementación requiere una coordinación efectiva entre estructuras asistenciales y docentes, así como el desarrollo de sistemas formales de supervisión, evaluación y trazabilidad educativa. Tras obtener la acreditación inicial en 2022, la reacreditación en 2025 ha permitido consolidar el sistema formativo y aumentar la cultura docente basada en calidad, evaluación y mejora continua.

2 Objetivos

Describir las principales líneas de acción impulsadas por la acreditación como hospital docente, identificando retos, oportunidades y aprendizajes tras tres años de implantación del modelo.

3 Material y métodos

Se realizó revisión de estándares, análisis de brechas entre la práctica habitual y los requisitos de acreditación, y se diseñaron planes de acción entre la Comisión de Docencia, la Dirección Médica y la Sección de Calidad.

4 Resultados

Las principales líneas de trabajo fueron:

- Gobierno e integración de estructuras docentes: aumento de coordinación entre dirección, servicios y estructuras docentes (pregrado, posgrado y formación continuada).
- Revisión de material docente: actualización de programas formativos, protocolos, entre otros.
- Desarrollo de perfiles competenciales para residentes: proyecto piloto en marcha y preparación del plan de competencias para tutores.
- Plan estratégico docente, alineado con el institucional.
- Evaluación tutores y residentes: encuestas de clima, satisfacción, desempeño y supervisión.
- Trazabilidad: desarrollo de matrices de evidencias por niveles de formación y unidades clínicas.
- Refuerzo cultura de seguridad: creación de un programa de formación en estándares JCI, seguridad del paciente y supervisión clínica. Participación activa del personal en formación en incidentes de seguridad, comisiones clínicas y sesiones docentes interdisciplinares.

5 Conclusiones

La aplicación de los estándares JCI ha impulsado una transformación progresiva y transversal de la docencia sanitaria, reforzando su valor institucional e integrándola con la actividad asistencial.

La reacreditación ha servido para consolidar un modelo docente, reconocer la formación sanitaria como una dimensión estratégica, mejorar la cultura de seguridad en el ámbito docente, alineada con los principios de calidad, seguridad del paciente y mejora continua.

C0108 OPTIMIZACIÓN DE LA ACCIÓN TUTORIAL CON LA MATRIZ DE EISENHOWER Y ANÁLISIS D.A.F.O EN UNA UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL.

Jose Antonio Rueda Orgaz¹, Paula Frías Ventosa², Candela Contreras García³, Cristian Cisterne López⁴, Rodrigo Abon Arrojo⁵, Daniela Rodriguez Marín⁶, Edgardo Celi Altamirano⁷

¹castellon 23 piso 4ºB, , las rozas de madrid, España

²Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

³Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

⁴Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

⁵Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

⁶Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

⁷Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

1 Justificación

Durante el proceso formativo de nuestros residentes, frecuentemente nos enfrentamos a conflictos relacionados con la formación, en los que, por diferentes factores, se resiente la acción formativa en detrimento de la calidad de la misma.

No hay muchas descripciones de como afrontar estos conflictos, y su resolución no se ha analizado desde un punto de vista crítico.

Con la aplicación de la técnica de análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), como herramienta útil en los análisis estratégicos, podemos identificar los factores que puedan tener impacto en el cumplimiento del proyecto docente, y posteriormente, con el empleo de la Matriz de Eisenhower , herramienta de gestión del tiempo y priorización, plantear los cambios estratégicos necesarios.

2 Objetivos

Partiendo de la experiencia propia de una Unidad Docente, pretendemos mostrar la utilidad de ambas herramientas, como son el análisis DAFO y la aplicación de la Matriz de Eisenhower en el análisis estructurado de los puntos fuertes y débiles en las acciones formativas en un Servicio, trazar estrategias de mejora , planificando su implementación , con el objetivo de optimizar la formación de nuestros Residentes.

3 Material y métodos

Describimos la experiencia desarrollada en nuestro Servicio, con la estructura del análisis. Se elaboraron un listado de medidas que se plasmaron en un informe que se elevó al jefe de Servicio y difusión entre los miembros de la Unidad. Se planificó el segundo encuentro para confirmar el cumplimiento de las medidas adoptadas

4 Resultados

Se detectaron con una análisis DAFO preliminar, los puntos críticos de mejora. Se establecieron las estrategias adecuadas a cada problema detectado. Se planificó reunión y monitorización del cumplimiento de las medidas adoptadas. Tras un año de seguimiento, se ha visto reforzada la actividad docente de nuestra Unidad, con satisfacción y recuperación de la motivación de los Residentes y tutores.

5 Conclusiones

El análisis basado en el esquema DAFO, permite trazar el perfil de nuestra Unidad Docente, con sus puntos fuertes y débiles, aplicando las bases de la Matriz de Eisenhower priorizar tareas, con la adopción de medidas reales y de fácil retorno. Aumentar la motivación, mejorando el desarrollo de competencias, fomentando la investigación, la relación entre grupos residentes /y staf Mejora de la confianza en los tutores.

C0112 OPTIMIZACIÓN DEL PLAN DE FORMACION TEÓRICO DE RESIDENTES DE MATRONA

Miriam Morlans Lanau¹, Ana Isabel Saavedra San Román², Rafael Acedo Guillén³, Isabel Montserrat Cuesta Andrés⁴, M^g Ángeles López Orive⁵, Inmaculada Ibañez De Cáceres⁶

¹Técnico de apoyo. Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria. Dirección General de Investigación y Docencia. Consejería de Sanidad. Madrid- España

²Técnico de apoyo. Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria. Dirección General de Investigación y Docencia. Consejería de Sanidad Madrid- España

³Técnico de apoyo. Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria. Dirección General de Investigación y Docencia. Consejería de Sanidad Madrid- España

⁴Jefa de Unidad de Formacion Sanitaria especializada. Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria. Dirección General de Investigación y Docencia. Consejería de Sanidad Madrid- España

⁵Subdirectora General. Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria. Dirección General de Investigación y Docencia. Consejería de Sanidad Madrid- España

⁶Directora General. Dirección General de Investigación y Docencia. Consejería de Sanidad Madrid- España

1 Justificación

La Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad (POE) de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), establece que la dedicación del residente a la adquisición de conocimientos teóricos será el 26% del total del programa formativo (936 horas de 3.600 totales) que podrán impartirse según las características propias y recursos de cada unidad docente: compartida con residentes de otras unidades docentes, ininterrumpida o fraccionada a lo largo del periodo formativo.

En nuestra Comunidad, hay acreditadas 56 plazas de matronas(agosto 2025) integradas en 19 Unidades Docentes Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología (UDMOyG).

Hasta el 2021, la formacion teórica se impartia en una UDMOyG que formaba a sus residentes y en una UDM de la Comunidad de Madrid (UDMCM) que formaba al resto de residentes de hospitales públicos.

En 2022, la UDMCM se transformó en 13 UDMOyG. La formación teórica de sus residentes, pasó a gestionarse de manera centralizada desde la Consejería de Sanidad.

2 Objetivos

- Coordinar y homogenizar la formacion teórica obligatoria de matronas de 13 UDMOyG
- Actualizar los contenidos teóricos según la mejor evidencia científica.

3 Material y métodos

El Plan de formacion de residentes de matrona (PFRM), se aprueba y se dota economicamente desde la Consejería de Sanidad. Posteriormente, se planifica la formación teórica de las dos cohortes que conviven. Al finalizar, se evalúa los conocimientos adquiridos por los residentes, los contenidos teóricos y valoración del profesorado. Con estas evaluaciones, se actualizan los contenidos.

4 Resultados

Desde su implantacion, se ha formado tres cohortes de residentes.

Se ha adecuado el POE a nuevas materias (Atención al parto en casa y en agua, ecografía obstétrica, Educación Maternal en medio acuático....)

En el contexto de una mejora continua de docentes y material formativo, en 2024 se realizaron 70 informes detallados sobre las evaluaciones a docentes realizado por residentes, con preguntas cuantitativas (escala Likert de 0 a 10), rango de puntuación 7,3-9,5 (media 8,7) por docente y 2 preguntas cualitativas por docente y asignatura.

5 Conclusiones

- La unificación de contenidos y metodología formativa garantiza eficiencia en uso de recursos.
- El grado de aprendizaje conseguido y la satisfacción de las residentes es muy elevado

C0114 RESIDENCIA Y RESILIENCIA: IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN BREVE SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA INCORPORACIÓN A LA UNIDAD DOCENTE

M. Pilar López Juárez¹, M. Ángeles Ruiz Muñoz², María Antonia Montero Gaspar³, Luis Beato Fernández⁴, Rubén José Bernal Celestino⁵, Gema Verdugo Moreno⁶

¹Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real, España

²Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real, España

³Unidad Docente de Formación Sanitaria Especializada. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real, España

⁴Salud Mental. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España

⁵Investigación, Docencia, Formación, Calidad y Biblioteca. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

⁶Investigación, Docencia, Formación, Calidad y Biblioteca. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

1 Justificación

Numerosos estudios y publicaciones ponen de manifiesto que la Formación Sanitaria Especializada (FSE) representa un período de alta exigencia emocional, académica y asistencial para los futuros especialistas. La salud mental (SM) de los residentes constituye un elemento clave en su desarrollo integral y su cuidado debe ser prioritario. Sin embargo, su abordaje suele ser tardío o reactivo a la aparición de sintomatología.

Durante la incorporación a la Unidad Docente (UD), cuando aún no se han desarrollado mecanismos de adaptación ni redes de apoyo, realizar una intervención breve sobre el cuidado de la SM es una oportunidad única para fomentar la cultura del autocuidado, bienestar emocional y afrontamiento del estrés.

2 Objetivos

Conocer la percepción de los residentes sobre la importancia de la SM durante la residencia, determinar si han recibido formación previa en autocuidado emocional y valorar el impacto de una intervención formativa breve impartida por un experto durante su incorporación a la UD.

3 Material y métodos

Estudio descriptivo transversal en residentes recién incorporados a la UD de Ciudad Real, de todas las categorías y especialidades.

Diseño, desarrollo y valoración (cuestionario anónimo con escala de Likert) de una actividad formativa breve sobre el cuidado de la SM durante la residencia, impartida por un experto el primer día de incorporación.

4 Resultados

Se recibieron 74 respuestas (98,6% de la cohorte).

Aunque el 95% de los residentes es consciente de que su SM puede verse afectada durante la residencia, solo el 60% manifiesta haber recibido formación previa en sus facultades de procedencia.

9 de cada 10 consideran que cuidar su SM debería ser prioritario desde el inicio de su formación, valoran muy positivamente la formación recibida (contenido, duración y formato) nada más incorporarse a la UD (considerando incluso que debería extrapolarse a residentes mayores).

5 Conclusiones

Integrar el cuidado de la SM en las actividades de incorporación a la UD mediante una actividad formativa breve, impartida por un experto en SM, fue excelentemente valorada en duración, pertinencia y contenido por los residentes.

Estas iniciativas pueden constituir la base para desarrollar estrategias institucionales más amplias orientadas al cuidado y bienestar emocional en las profesiones sanitarias.

C0116 SIM PEDIATRIA: ITINERARIO FORMATIVO BASADO EN SIMULACIÓN

SONIA CAÑADAS PALAZÓN¹, OLALLA RODRIGUEZ LOSADA², SEBASTIAN GONZALEZ PERIS³, CÈSAR W. RUIZ CANPILLO⁴, JORDI BAÑERAS RIUS⁵, MÓNICA RODRIGUEZ CARBALLEIRA⁶

¹*Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Vall d'Hebron Centro de Simulación Clínica Avanzada. Barcelona.*

²*Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

³*Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

⁴*Neonatología. Coordinador docente de Pediatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

⁵*Coordinador Vall d'Hebron Centro de Simulación Clínica Avanzada. Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

⁶*Directora de Docencia. Directora Vall d'Hebron Centro de Simulación Clínica Avanzada. Presidenta de la Comisión de Docencia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

1 Justificación

La simulación es una metodología docente incorporada en la formación de los médicos residentes de muchas especialidades. Ha demostrado su utilidad en recrear situaciones reales en entorno seguro y controlado disminuyendo así errores en los pacientes. En Pediatría es especialmente importante por atender una población más vulnerable donde la necesidad de precisión es fundamental. Actualmente no existe un programa formativo basado en simulación homogéneo para los residentes de Pediatría y sus áreas específicas (MIRP).

2 Objetivos

General:

Diseñar un programa formativo de simulación estructurado para los MIRP durante sus 4 años de residencia (SIM-Pediatria).

Específicos:

- a) Adquirir competencias técnicas básicas.
b) Mejorar habilidades de liderazgo, trabajo en equipo, comunicación y toma de decisiones.

3 Material y métodos

Revisión de las competencias básicas de la especialidad según la normativa actual. Recopilación de actividades docentes con simulación ya incorporadas en la formación. Propuesta de nuevas actividades. Revisión por expertos en simulación y aprobación por la comisión de docencia. Implementación progresiva.

4 Resultados

Desde 2022 hasta la actualidad se han definido 30 actividades basadas en simulación incorporadas en el itinerario formativo destinadas a los 72 MIRP, algunas compartidas con otras especialidades (14 R1, 8 R2, 5 R3, 5 R4), suponiendo un mínimo de 193 horas de simulación (40 R1, 36 R2, 45 R3, 72 R4). Se agrupan en talleres de habilidades (técnicas y no técnicas), simulaciones de situaciones clínicas in situ y cursos de temática concreta (soporte vital, trauma, emergencias, transporte, violencia infantil). Se utiliza metodología de simulación según SIM-zones y son impartidas por instructores especializados. Modalidad presencial, online o virtual según contenido y recursos disponibles. Se realizan 2 pruebas evaluativas al final del primer año (preguntas test) y tercer año (ECOE) para comprobar la adquisición de competencias. El programa resulta compatible con la asistencia y el resto de formaciones y sostenible en el tiempo.

5 Conclusiones

El desarrollo de un programa formativo de simulación en pediatría (SIM-Pediatria), diseñado y estructurado según las competencias de cada año, incorpora metodología actualizada para el aprendizaje. Será necesario evaluar su impacto en los resultados de los residentes y considerar unificar las propuestas formativas en los diferentes centros integrándolas en la formación obligatoria de los MIRP.

C0118 EL ARTE DE GUIAR: CÓMO EL COACHING POTENCIA LA LABOR DEL TUTOR CLÍNICO

Gemma Quincoces¹, Loreto García del Barrio², Ana Delia Ena³, Maite Betés Ibañez⁴, Álvaro Gonzalez Hernandez⁵

¹Unidad de Radiofarmacia. Servicio de Medicina Nuclear. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

²Servicio de Radiología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

³Comisión de Docencia. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

⁴Departamento de Digestivo. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

⁵Servicio de Bioquímica. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

1 Justificación

Ser tutor clínico implica mucho más que supervisar; requiere acompañar, inspirar y guiar en el desarrollo integral del residente. En un entorno asistencial complejo, donde las habilidades técnicas ya no son suficientes, el coaching emerge como una herramienta poderosa para potenciar el rol del tutor.

La mayoría de los tutores de FSE afrontan sus tareas sin una formación específica. En nuestro centro hemos implantado el curso “Coaching para tutores” como una iniciativa formativa innovadora, orientada a fortalecer las competencias relacionales, comunicativas y de liderazgo de los tutores.

2 Objetivos

Evaluar la satisfacción de los tutores con el curso “Coaching para tutores”.

Evaluar su impacto en la percepción de los tutores sobre su liderazgo y capacidad de acompañamiento.

3 Material y métodos

Se han realizado dos ediciones del curso, que consta de 2 sesiones presenciales de 2 horas cada una. La primera sesión se centró en el autoconocimiento, llevando a cabo un cuestionario de personalidad MBTI, analizándose la tipología de cada tutor. La segunda sesión integró contenidos sobre liderazgo consciente, escucha activa, feedback constructivo, gestión emocional y resolución de conflictos.

Han participado 25 tutores (50% del total) de diversas especialidades y titulaciones clínicas. Al finalizar, los tutores completaron una evaluación anónima, con ítems cuantitativos y cualitativos centrados en la utilidad percibida y aplicabilidad práctica.

4 Resultados

En el análisis cuantitativo destaca la valoración global media de 9,64/10. El 100% de los participantes otorgó la puntuación máxima a la utilidad de los contenidos, aplicabilidad a la práctica profesional, calidad metodológica y adecuación del formato presencial. La pregunta sobre la duración del curso fue la que menor porcentaje de respuestas con la máxima puntuación obtuvo (85,7%).

En los comentarios cualitativos destaca que los tutores se sienten mejor preparados para ofrecer un acompañamiento más empático y eficaz.

5 Conclusiones

El curso “Coaching para tutores” ha reforzado la idea de que tutorizar es un arte que requiere habilidades que van más allá del conocimiento clínico.

El coaching, como enfoque formativo, potencia el rol del tutor como guía, facilitador y referente, promoviendo una tutoría más efectiva, consciente y alineada con los desafíos actuales de la formación especializada.

C0119 IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN MHEALTH LIDERADA POR MÉDICOS RESIDENTES SOBRE LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES: ESTUDIO MIXTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mercedes Guevara García¹, **Cristóbal Cáliz Ortiz**², **MIREYA LOBNIG BECERRA**³, **LEONOR MÉNDEZ GARCÍA**⁴, **Juan Andrés Ramos Ruiz**⁵

¹MIR R4 MFYC, AGS Norte de Jaén, Consultorio Baños de la Encina. Linares, España.

²MIR R4 MFYC, AGS Norte de Jaén, C.S. Virgen de Linarejos. Linares, España.

³MIR R4 MFyC, AGS Norte de Jaén, C.S. Virgen de Linarejos, Linares, España

⁴MIR R3 MFyC, AGS Norte de Jaén, C.S. San José, Linares, España

⁵PhD. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Norte-Nordeste de Jaén. Linares, España.

1 Justificación

La soledad no deseada constituye un importante problema de salud pública, especialmente entre personas mayores, donde se asocia a deterioro emocional, fragilidad, mayor uso de recursos sanitarios y aumento de la morbimortalidad. En zonas como el AGS Norte de Jaén (Linares), con alto envejecimiento y aislamiento social en su población, resulta prioritario abordar esta problemática desde una perspectiva biopsicosocial. **La Atención Primaria** representa el entorno idóneo para intervenir y las **estrategias basadas en tecnología Mhealth** ofrecen nuevas posibilidades para la mejora del bienestar social y emocional. Incluyen desde el envío de mensajes personalizados, el uso de plataformas como WhatsApp o videollamadas, hasta aplicaciones móviles específicas.

2 Objetivos

PRINCIPAL: Explorar las experiencias de las personas mayores y las valoraciones de la utilidad de una intervención de mHealth para reducir su sensación de soledad no deseada.

SECUNDARIOS: **1.** Cuantificar los niveles de soledad autopercibida antes, durante y tras la intervención. **2.** Analizar el perfil de frecuentación y su relación con factores psicosociales y familiares.

3 Material y métodos

Estudio mixto, desarrollado en una Zona Básica de Salud del AGS Norte de Jaén. Se incluyeron personas mayores de 70 años con soledad no deseada identificada mediante escala validada. La intervención incluyó videollamadas, mensajería personalizada WhatsApp y apoyo emocional a través de herramientas digitales. Coordinada por médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, **a través del Proyecto de Intervención Comunitaria “LINAMIREs”**. **El análisis cuantitativo** recogió variables de soledad, funcionalidad, satisfacción vital y uso de recursos sanitarios. **El análisis cualitativo** se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales, siguiendo un enfoque fenomenológico y análisis temático interpretativo.

4 Resultados

Se prevé una **reducción significativa** de los niveles de **soledad percibida**, una **mejora del bienestar emocional y funcional**, y **disminución de la hiperfrecuentación sanitaria**. Desde el **análisis cualitativo**, se anticipan **vivencias** de conexión social, utilidad percibida de la tecnología y fortalecimiento emocional, así como **barreras y facilitadores** del proceso.

5 Conclusiones

Las **intervenciones mHEALTH centradas en la persona y lideradas por médicos residentes** pueden ser una herramienta efectiva y humanizadora en la atención a la Soledad No Deseada. Este estudio aporta una propuesta replicable en entornos vulnerables y contribuye a fortalecer el papel comunitario de la atención primaria.

C0121 ESPECIALIDAD RECONOCIDA, FORMACIÓN IGNORADA: LA INVISIBILIDAD DE LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Eugenia de Casia García García¹, Álvaro Martos López², Sebastiana Quesada Fuentes³, Pilar Sanz Sancho⁴, Gemma Salderón Alsedà⁵, Rocío Villar Vinuesa⁶

¹Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clinic, Barcelona, España

²Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clinic, Barcelona, España

³Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clinic, Barcelona, España

⁴Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clinic, Barcelona, España

⁵Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clinic, Barcelona, España

⁶Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clinic, Barcelona, España

1 Justificación

La Enfermería del Trabajo es una especialidad regulada en el Real Decreto 450/2005 y reconocida oficialmente desde 2009 mediante la Orden SAS/1348/2009, con competencias definidas en promoción, prevención, asistencia, docencia, gestión e investigación. Sin embargo, su desarrollo académico sigue siendo insuficiente y su implantación institucional es desigual y limitada. Esta situación dificulta que sea conocida por los estudiantes de grado, elegida en la convocatoria de Enfermero Interno Residente (EIR) y consolidada como disciplina dentro del sistema sanitario público.

2 Objetivos

Analizar la presencia de la Enfermería del Trabajo en los planes de estudio universitarios, su posible impacto en la elección EIR y en el desarrollo profesional de la especialidad, así como proponer estrategias para revertir su invisibilidad académica y estructural.

3 Material y métodos

Revisión documental de normativa sanitaria vigente, convocatorias EIR y literatura científica publicada entre 2020 y 2024, centrada en el análisis del desarrollo académico y estructural de la especialidad de Enfermería del Trabajo en España.

4 Resultados

Según estudios realizados durante el curso académico 2024-2025, de una muestra de 35 universidades españolas tanto públicas como privadas, solo un 6% (2 universidades) oferta la asignatura como formación obligatoria en Enfermería del Trabajo, y cuando se incorpora, suele presentarse como optativa (19 universidades) y con denominaciones poco identificables. Plazas, que apenas ha pasado de 12 en 2009 a 108 en 2026, no existe un registro de profesionales sanitarios que ofrezca una información precisa sobre el número y características sociodemográficas dificultando un cálculo ajustado de las necesidades la especialidad.

5 Conclusiones

La Enfermería del Trabajo es una especialidad con escasa visibilidad en los estudios de grado, así como en representación de plazas EIR. Esta situación, contribuye al desconocimiento de la especialidad y puede condicionar su baja elección. Estas limitaciones formativas y estructurales dificultan la consolidación real, limitan su proyección y comprometen el desarrollo pleno de sus competencias.

Incluir la Enfermería del Trabajo como asignatura identificable en los planes de estudio supondría un hito para su reconocimiento social, su legitimación científica y su desarrollo profesional real. Su invisibilidad compromete tanto su consolidación como el aprovechamiento de una especialidad clave para un sistema sanitario público, preventivo, sostenible y centrado en el bienestar laboral.

C0124 ESTRATEGIA PARA LA POTENCIACIÓN DE LA CUENTA DE INSTAGRAM® DE LOS RESIDENTES DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: UNA HERRAMIENTA FORMATIVA TRANSVERSAL

Alberto Martínez García¹, Covadonga Pérez Menéndez-Conde², María Muñoz García³, Carmen García-Guijas García⁴, Cristina Calleja Fernández⁵, Ana María Álvarez Díaz⁶

¹Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

²Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

³Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

⁴Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

⁵Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

⁶Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

1 Justificación

Las redes sociales ofrecen un recurso formativo emergente en la formación sanitaria especializada, al favorecer el desarrollo de competencias transversales y dar visibilidad a la actividad asistencial y docente.

2 Objetivos

- Potenciar la cuenta de Instagram® de los residentes del Servicio como canal de difusión de la actividad formativa y asistencial de los residentes.
- Fomentar la adquisición de competencias transversales mediante la planificación, creación y análisis de contenido.
- Evaluar el impacto en visibilidad, alcance y audiencia a través de métricas cuantitativas.

3 Material y métodos

Se definieron seis áreas temáticas de contenido (actividades científicas, actualizaciones y novedades, difusión de nuestro trabajo diario, eventos científicos, actividades sociales y redifusión), cada una asignada a un residente. Las publicaciones se planificaron con antelación en función de un calendario de eventos. Los residentes lideraron el proyecto y las tutoras colaboraron en los contenidos científicos y en la organización de las tareas.

El impacto de la estrategia se evaluó analizando los datos obtenidos entre enero y junio de 2025 utilizando la función "Estadísticas" integrada en Instagram®. Se recogieron las siguientes variables:

- Contenido: número de posts, historias y directos.
- Impresiones: número de visitas por publicación y categoría.
- Engagement: número de "me gusta" y comentarios por publicación y categoría.
- Audiencia: número de seguidores, sexo y edad.

La información fue analizada en Excel mediante estadística descriptiva (frecuencias absolutas para las variables categóricas y relativas para las cuantitativas).

4 Resultados

Se compartieron 141 publicaciones (131 historias, 9 posts y un directo): un 17% sobre actividades científicas, un 14% actualizaciones, un 26% de difusión del trabajo diario, un 19% sobre eventos científicos, un 6% sobre planes sociales y un 18% redifusiones. Estos contenidos generaron 80776 visitas, 1269 "me gusta" y 16 comentarios. La categoría que más visitas y engagement recibió fue la de difusión de nuestro trabajo diario, seguida por las publicaciones sobre eventos científicos.

El número de seguidores aumentó desde los 505 en enero hasta los 640 en junio (incremento del 26,7%). El 73,9% fueron mujeres, siendo la mediana de edad de 32,9.

5 Conclusiones

La estrategia convirtió la cuenta de Instagram® en un canal eficaz de difusión formativa y asistencial, generando más de 80000 visitas y aumentando en más del 25% la audiencia.

C0125 INNOVACIÓN DOCENTE Y FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO MEDIANTE WEBINARS EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

MARISOL DIAZ GONZALEZ DIAZ GONZALEZ¹, Maria Jesus Martin Rodriguez², Kepa Solozabal Orbegozo³, Maria Sonia Hoyos Gomez⁴, Maite Larrinaga Llaguno⁵, Magdalena Maria Presmanes Losada⁶

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao. España.

²Servicio Corporativo de Formacion OSI Bilbao-Basurto Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao España.,

³Servicio Corporativo de Formación OSI Bilbao-Basurto . Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao España.,

⁴Servicio Corporativo de Formación OSI Bilbao-Basurto . Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao España.,

⁵Subdirección Enfermeria . OSI Bilbao-Basurto . Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao , España.,

⁶Direccion de Integracion OSI Bilbao-Basurto . Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao , España.

1 Justificación

En el ámbito de la formación sanitaria especializada, las competencias transversales—como la educación en valores, la toma de decisiones compartida y el enfoque comunitario—no están suficientemente integradas en los programas de grado ni en la formación MIR/EIR de atención familiar y comunitaria (AFyC). La violencia de género (VG), como problema de salud pública, exige una preparación específica para su detección y manejo. Las Unidades Docentes tienen la responsabilidad de impulsar estrategias innovadoras que aborden esta necesidad desde una mirada crítica, participativa.

2 Objetivos

- Integrar contenidos sobre VG en la formación reglada de residentes MIR/EIR.
- Crear un espacio docente complementario que favorezca el pensamiento crítico, el aprendizaje activo y el compromiso profesional.
- Incorporar la VG en los itinerarios docentes de residentes MIR/EIR de AFyC.
- Promover competencias clínicas, éticas y comunicacionales mediante e-learning aplicado.
- Facilitar el aprendizaje autónomo, el pensamiento crítico y el compromiso profesional.
- Ofrecer un espacio seguro para el diálogo entre disciplinas y experiencias diversas.

3 Material y métodos

Desde 2021, el proyecto “Todos los 25” organiza webinars mensuales promovidos por una Organización de Osakidetza , con participación activa de la Unidad Docente. Cada sesión (90 minutos) aborda distintos enfoques de la VG (prevención, intervención, legislación, apoyo psicosocial), con participación de personas expertas. Los seminarios son síncronos, certificados, grabados y evaluados mediante cuestionarios de satisfacción y autoevaluación del aprendizaje.

4 Resultados

Desde 2021, se han realizado 45 ediciones con 1.919 participantes (40% de atención primaria, 138 residentes), obteniendo una valoración media de 8,6/10. Las grabaciones permanecen accesibles, facilitando el aprendizaje asincrónico.

5 Conclusiones

El uso continuado del formato webinar ha demostrado ser eficaz, flexible y sostenible para integrar la VG en la formación de residentes de AFyC. Promueven el aprendizaje significativo, refuerzan la práctica reflexiva y contribuyen a una atención sanitaria más ética, humana e igualitaria. Su incorporación sistemática en los itinerarios formativos representa una oportunidad estratégica para transformar la atención primaria desde la equidad, el conocimiento y la acción.

C0127 INNOVACIÓN DOCENTE EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA: IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE ACTIVO

Marisol Diaz Gonzalez¹, Ana María Rodríguez Núñez², Maite Larrinaga Llaguno³, Maria Angeles Cidoncha Moreno⁴, María Del Carmen Donaire Urquijo⁵

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao España. , Bilbao, España

²Servicio Corporativo de Formación OSI Bilbao-Basurto . Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao España.,

³Subdirección Enfermería . OSI Bilbao-Basurto . Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao , España.,

⁴Docencia e Investigación en Enfermería/ Subdirección de Enfermería/Dirección Asistencia Sanitaria.Osakidetza .España

⁵Jefa de estudios Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bilbao, España

1 Justificación

Las Guías de Práctica Clínica (GPC), especialmente las del programa BPSO® (Best Practice Spotlight Organization) de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), ofrecen una base sólida para una atención basada en la evidencia. Sin embargo, su integración en los programas de formación sanitaria especializada (FSE), especialmente en Atención Primaria, ha sido limitada. Este proyecto explora su uso como herramienta docente activa para residentes EIR/MIR en una unidad docente acreditada.

2 Objetivos

- Dotar a los y las residentes de competencias para implementar Guías de Buenas Prácticas (GGBPP).
- Comprender el modelo BPSO® y su aplicabilidad en distintos ámbitos asistenciales.
- Identificar barreras y facilitadores de la implantación.
- Elaborar planes de acción, seguimiento y evaluación para la mejora continua.

Fomentar liderazgo, pensamiento crítico y cultura de mejora

3 Material y métodos

Se desarrolló una intervención formativa longitudinal, voluntaria y certificada, basada en seminarios clínicos, análisis crítico de GPC (incluyendo el uso de la herramienta AGREE), aplicación en casos reales y trabajo colaborativo interdisciplinar. Los residentes participaron activamente como impulsores de práctica basada en la evidencia, implicándose principalmente en unidades de atención primaria y en el itinerario formativo EIR AFyC

4 Resultados

La implementación generó mejoras en la argumentación clínica, autonomía profesional y cohesión de equipos. Se observó un despliegue global y sostenido del programa en distintas unidades, liderado por estructuras formativas sólidas y con estrategias multinivel. Se ha fortalecido una red de impulsores y se ha promovido la cultura evaluativa y de uso de datos para la mejora. Las barreras detectadas incluyen la adaptación contextual de las guías y la necesidad de reforzar estructuras para garantizar sostenibilidad.

5 Conclusiones

El uso activo de GPC como estrategia docente en la FSE mejora competencias clave y favorece una atención centrada en la persona, basada en evidencia. La metodología BPSO® impulsa cambios organizativos sostenibles y cultura de excelencia. Se recomienda su extensión progresiva en los programas formativos como parte de una Atención Primaria avanzada, innovadora y conectada con la comunidad.

C0128 EQUIDAD EN LA FORMACIÓN SANITARIA: PERCEPCIÓN DE TRATO SEGÚN EDAD, GÉNERO Y ORIGEN

Alba Rapela Freire¹, Javier De Miguel Díez², Alejandro Rodríguez Quirós³, Teresa Távora López⁴, María Isabel Durango Limárquez⁵, Juan Carlos Nieto González⁶

¹*Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; España*

²*Jefe de Estudios Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España*

³*Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; España*

⁴*Médico Adjunto Jefatura de Estudios Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; España*

⁵*Supervisora Formación de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; España*

⁶*Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; España*

1 Justificación

La equidad en la formación sanitaria es un pilar legal y ético. Esto implica garantizar igualdad de oportunidades, trato y evaluación sin importar género, nacionalidad u otros factores personales. Las experiencias de discriminación o desigualdad pueden generar un clima laboral hostil, problemas de salud mental y dificultar el aprendizaje

2 Objetivos

Identificar diferencias en la percepción del clima educativo en un hospital de alta complejidad según el sexo, país de origen y edad de los profesionales en formación sanitaria especializada.

3 Material y métodos

Encuesta anónima y voluntaria enviada a todos los residentes entre abril y septiembre de 2024. Análisis descriptivo sobre actitudes discriminatorias (racismo, machismo, género), accesibilidad del tutor y respeto. Se desagregan los resultados por sexo, país de origen (España/otros) y grupo de edad (<30 y ≥30 años).

4 Resultados

Se obtuvieron 210 respuestas. El 19,4% de las mujeres percibió actitudes machistas (vs. 10,5% de los hombres) y el 17,7% discriminación por género (vs. 3,5% hombres). La percepción es mayor entre los mayores de 30 años (24,1% vs. El 15,3%).

Solo el 4,2% de los residentes no nacidos en España percibieron discriminación racial (4,2%).

En los grupos que percibieron discriminación, se observó menor puntuación en accesibilidad del tutor y sensación de formar parte del equipo.

5 Conclusiones

El análisis revela desigualdades en la percepción del clima educativo, especialmente por razón de género y edad. Estos hallazgos apoyan la necesidad de implementar acciones multidisciplinares para garantizar una formación justa y equitativa, reconociendo las múltiples capas de vulnerabilidad dentro del colectivo de residentes.

C0129 NOTIFICAR PARA APRENDER: EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD POR PROFESIONALES EN FORMACIÓN

Alba Rapela Freire¹, Alejandro Rodríguez Quirós², Javier de Miguel Díez³, Alicia Díaz Redondo⁴, Isabel Almendro Martínez⁵, María Isabel Durango Limárquez⁶

¹Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón., Madrid, España

²Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón., Madrid, España

³Jefe de Estudios. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España

⁴Coordinadora de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España

⁵Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España,

⁶Supervisora Formación de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

1 Justificación

La cultura de seguridad del paciente se construye desde el inicio de la formación sanitaria especializada. La notificación de incidentes por parte de residentes no solo refleja implicación, sino también la cultura de seguridad institucional. Visibilizar su participación activa y analizar el tipo de incidentes que notifican puede orientar mejor las acciones formativas e institucionales en cuanto a seguridad de pacientes.

2 Objetivos

Describir la evolución y características de los incidentes notificados al sistema CISEM por personal en formación en un hospital de alta complejidad entre 2016 y 2024.

3 Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo basado en los datos extraídos del sistema CISEM (Comunidad de Madrid). Se analizaron las notificaciones realizadas entre 2016 y 2024 en las que el notificador se identificó como profesional en formación. Se clasificaron los incidentes por tipo, gravedad, categoría del evento y año de notificación.

4 Resultados

Entre 2016 y 2024 se registraron 436 notificaciones realizadas por profesionales en formación, representando un 3,3% del total de incidentes del hospital.

Los profesionales en formación suponen un 7,3% de la plantilla estructural. Los incidentes con mayor frecuencia notificados se relacionaron con: Pruebas diagnósticas (16,5%), Cuidados y seguimiento del paciente (12,8%), Documentación clínica (8,3%), Continuidad asistencial (8%), Gestión organizativa y citaciones (10,3%)

En cuanto a la gravedad: cuasiincidente o incidentes que no llegan al paciente (34,23%), Incidente sin daño (38,74%) y eventos adversos (17,06%). En un 10% no se identificó la gravedad.

La notificación ha mantenido una tendencia ascendente hasta 2020, que se produjo un descenso en la notificación. Esta tendencia se mantuvo los siguientes años, hasta 2023 donde se ha conseguido recuperar el número de notificaciones manteniendo el aumento en 2024.

5 Conclusiones

El personal en formación participa en la notificación de incidentes de seguridad, especialmente en áreas clínicas clave, aunque con menor frecuencia que otros colectivos de profesionales. Esta información permite adaptar la formación en seguridad del paciente, reforzando su rol como agentes activos en la mejora continua de la atención sanitaria.

C0130 AVANZANDO HACIA UN ENTORNO SEGURO Y RESPETUOSO: PERCEPCIÓN DEL CLIMA EDUCATIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Alba Rapela Freire¹, Javier de Miguel Díez², Jesús Millán Nuñez-Cortés³, Sergio Gómez Del Río⁴, Zichen Ji⁵, María Isabel Durango Limárquez⁶

¹Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

²Jefe de Estudios. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

³Catedrático Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

⁴Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de la Cruz Roja. Madrid, España.

⁵Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España

⁶Supervisora Formación de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.

1 Justificación

Un entorno formativo basado en el respeto es esencial para garantizar una formación sanitaria de calidad. Conocer la percepción del personal en formación permite orientar mejor la estrategia docente y reforzar una cultura de aprendizaje alineada con los principios de seguridad del paciente.

2 Objetivos

Conocer la percepción del clima educativo por parte de los profesionales en formación, especialmente en relación con el apoyo entre compañeros, la accesibilidad del tutor y la cultura de seguridad, con el fin de identificar fortalezas y áreas de mejora para consolidar un entorno docente seguro para profesionales y pacientes.

3 Material y métodos

Encuesta anónima dirigida a residentes de todas las titulaciones (MIR, EIR, FIR, etc.), realizada en 2024 en un hospital universitario de alta complejidad. Respuestas tipo Likert (1-5) que se categorizaron respuestas afirmativas (4-5), neutras (3) y negativas (1-2).

Se analizaron aspectos como el clima de respeto, el trabajo en equipo, la accesibilidad del tutor y la cultura no punitiva. Los resultados se presentan de forma global y desagregada por área (especialidades médicas vs. quirúrgicas).

4 Resultados

Participaron 210 residentes. El 78,1% consideró que existía un clima de respeto, el 80,95% manifestó sentirse parte del equipo, y el 80,48% valoró positivamente la accesibilidad de sus tutores. El 76,67% se sintió preparado para afrontar su futuro profesional.

Por áreas, las especialidades quirúrgicas reflejaron una percepción más favorable en cuanto al clima de respeto (87,04% vs. 74,47%) y la accesibilidad de los tutores (87,04% vs. 73,04%) respecto a las médicas.

Las principales áreas de mejora identificadas fueron la percepción de una cultura no punitiva ante los errores (51,90%) y la retroalimentación por parte de los tutores (58,57%).

5 Conclusiones

Los resultados reflejan una percepción mayoritariamente positiva del clima educativo, destacando fortalezas como la accesibilidad del tutor, el compañerismo y la preparación profesional. El compromiso institucional con la mejora continua ha permitido identificar aspectos críticos, como la cultura del error y la retroalimentación, clave para seguir avanzando hacia un entorno docente seguro, respetuoso y motivador.

C0134 PLAN DE SIMULACIÓN PARA RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

EVA MARIA PEREZ MORAN¹, NAIARA APODACA LOPEZ², LUIS PADILLA RUIZ³, MARIA JESUS GONZALEZ GARCIA⁴, MARIA ESTIBALIZ MARTIN MARTINEZ⁵

¹ Unidad Formación Especializada, Hospital Universitario Cruces , Barakaldo, España

²Servicio Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España

³Unidad Formación Especializada. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España

⁴Unidad Formación Especializada. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España

⁵Unidad Formación Especializada. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España

1 Justificación

La formación en la actualidad tiene una base de autoaprendizaje guiado que debe verse reforzado por el trabajo de campo, clases teóricas y seminarios, pero también por actividades prácticas estructuradas con objetivos definidos como simulaciones, videos interactivos y talleres de técnicas y procedimientos. Desde el año 2021, aprobado por la Comisión de Docencia, se puso en marcha un Plan programado anual de simulación para residentes de Anestesiología y Reanimación.

2 Objetivos

Complementar la formación de los/as residentes ofreciéndoles la oportunidad de abordar situaciones críticas en un entorno seguro y controlado. Estos objetivos se encuadran dentro del modelo de Competencias Cruces 2008 (Morán Barrios J.) **HABILIDADES CLÍNICAS:** Aprendizaje de guías terapéuticas; puesta en práctica de protocolos; reconocimiento de situaciones críticas; fortalecimiento del proceso de toma de decisiones; difusión de la cultura de la seguridad; adquisición de habilidades prácticas psicomotoras y refuerzo de habilidades cognitivas **HABILIDADES NO CLÍNICAS:** Mejorar la gestión del estrés; normalización del aprendizaje en un entorno seguro y controlado; reforzar la capacidad de concentración y atención en diferentes actividades; fortalecer las habilidades de liderazgo; mejorar la comunicación; elaboración de dinámicas de equipo; coordinación entre diferentes profesionales y estamentos y fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

3 Material y métodos

Cursos y talleres presenciales en el Hospital Virtual del HUCruces Jose María Rivera. Semipresenciales Campus Virtual Cruces. Docentes: adjuntos/as del Servicio expertos en la temática a tratar, con implicación docente y experiencia en el campo de la simulación. Calendario anual con horario de mañana de 8:00 a 15:00.

CURSOS Y TALLERES: Simulación de paciente crítico en REA; En quirófano; Taller de manejo del paciente politraumatizado; VA BÁSICA. Simulación de casos de parada y periparada; Taller de técnica neuroaxial; SVA Anestesia; Reciclaje SVA; Anestesia básica; simulación en paciente pediátrico; Simulación de casos clínicos y emergencias en maternidad y manejo VAD; Simulación de paciente politraumatizado; VA AVANZADA. Casos de simulación.

4 Resultados

RESUMEN 2021-2025:

- * Servicio Anestesiología y Reanimación: total residentes 40 al año
- * Cursos y talleres realizados en este periodo: 49
- * Total horas cursos-talleres 455
- * Asistentes: 488
- * Docentes: 130
- * Resultados encuestas de satisfacción: 90-100% MUY BUENO-BUENO

5 Conclusiones

Consolidación del Plan de Simulación como refuerzo a la formación de residentes en un entorno seguro. Mayor satisfacción laboral, mejora del rendimiento laboral y de la percepción de la docencia recibida.

C0139 IMPLICACIONES DEL RELEVO GENERACIONAL EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

Gemma Férriz Villanueva¹, Berenguer Camps², Gerard Serratusell³, Sonia Miravet⁴, Berta Areny⁵, Lluís Esteve⁶

¹Jefa Estudios Consorci Sanitari Integral. Barcelona. España

²Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, BCN, España

³Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. BCN. España

⁴Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. BCN. España

⁵Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. BCN. España

⁶Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. BCN. España

1 Justificación

2 Objetivos

Descripción de la demografía colegial en un colegio de médicos catalán en 2024, evaluar el recambio generacional y su impacto en la FSE

3 Material y métodos

El estudio se basa en los datos oficiales del censo colegial recogidos en el *Informe Anual 2024* del CM. Se han analizado indicadores como el censo total y en activo, la distribución por sexo y edad, el origen académico y la especialidad

4 Resultados

Censo total final 2024:41.557 colegiados(3% más que 2023).

Población provincia:5,88 millones habitantes

Sexo:Mujeres:54,8 % del censo global; 61% censo activo

Media edad global:50,8 años.Media edad médicos en activo: 44,2 años.

25% colegiados jubilados o en edad de jubilación.

4000C(12% del Censo activo): cursando residencia

75% médicos en edad de jubilación son especialistas

Índice reposición (médicos<30años/médicos>60-64años):99%

Nacionalidad: 25,75% médicos extracomunitarios(EC).1/3 de los médicos en edad activa. Mayoria América latina

Franja edad:30-39 años:50% EC ;65-74 años: >85% españoles

Lugar de formación

Censo global:(2014/2024):Universidad estado español(UEE)85,7%/75,7%;EC:13,0%/22,5%

Cens activo:(2014/2024):UEE:84,4%/70,2%;EC:14,2%/27,6%

Altas colegiales: 52,7% altas EC. Altas MIR:30% (72,88% Universidades estatales;25,6%EC).

Especialidad registrada(ER)

Censo total(2014/2024):No especialista:47,6%/34,1%

Censo activo(201/2024):No especialista:50,4%/37,8%

ER cens activo, según lugar de formación:75% médicos UEE; 33,1% EC

53%Nuevas altas son EC(50% declara tener especialidad.3,5% nuevas altas tiene Especialidad homologada

75% de las nuevas altas como generales(no especialista) son EC

5 Conclusiones

Si bien el recambio generacional parece estar garantizado, es evidente la tendencia a la pérdida de especialización y la necesidad de planificación estratégica a medio y largo plazo que asegure la disponibilidad y estabilidad del capital médico especialista, pasando por plantearnos el actual sistema de Formación Sanitaria Especializada y agilizando, con plenas garantías de calidad y facilidades para los médicos sujetos a ello, los procesos de homologación de títulos de especialistas que ya forman parte de nuestro sistema sanitario

C0140 LA ACOE COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN Y MEJORA EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE UNA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Gemma Férriz Villanueva¹, Albert Casasa Plana.², Araceli Bergillos Muñoz³, Núria Martínez Guldrís⁴, Clara Riera Nadal⁵, Roger Codinach⁶

¹Jefa de Estudios CSI y Colaboradora Docente UDMAFyC ACEBA. Barcelona. España

²Jefe de Estudios UDMAFyC ACEBA . Barcelona. España

³Secretaría Docencia UDMAFyC ACEBA . Barcelona. España

⁴Secretaría UDMAFyC ACEBA . Barcelona. España

⁵Coordinadora Docente UDMAFyC ACEBA . Barcelona. España

⁶Coordinador docente UDMAFyC ACEBA . Barcelona. España

1 Justificación

La evaluación de competencias clínicas en la formación especializada supone un reto para los equipos docentes. Las Evaluaciones Clínicas Objetivas Estructuradas (ACOE) permiten valorar habilidades clínicas, comunicativas y actitudinales de manera estandarizada, en un entorno simulado pero controlado. Su uso en unidades docentes de Formación Sanitaria Especializada (FSE) es aún limitado, a pesar de su potencial como herramienta evaluadora y formativa.

2 Objetivos

Descripción de los resultados obtenidos en unas pruebas de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada en una Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFyC)

3 Material y métodos

Análisis de los resultados obtenidos en la prueba ACOE pasada simultáneamente por todos los residentes de la UDMAFyC tanto de medicina como de enfermería

ACOE medicina y enfermería: 6 estaciones propias a cada especialidad para valorar las competencias:

Anamnesis(An), Exploración Física(EF), Comunicación(Com), Manejo clínico(MC), Habilidades técnicas(HT), Actividades preventivas(AP)

Variables: Puntuación máxima, mínima, media (sobre 10). Puntuaciones por competencia

4 Resultados**Medicina**

17 residentes:5 R1, 4 R2, 5 R3, 3R4

Puntuación media(PM) global 5,99; máxima: 7,42 (R3); mínima: 5,59 (R1)

Puntuación por año de residencia: R1: PM 4,9, Puntuación menor(Pm): 3,85; Puntuación Mayor(PMa):5,88; R2: PM 6,17, Pm:5,47;PMa:7,27; R3:PM:6,39, Pm:5,79;PMA:7,42;R4:PM:6,49,Pm:5,73,PMa: 70,21.

Puntuación media según competencias evaluadas: Com:8,11;AP:7,67;EF:7,29;HT:7,05;An:6;Man:4,16

Enfermería

13 residentes: 7 r1, 6 R2

Puntuación media(PM) global 8,21; máxima: 9,1 (R2); mínima: (R1):7,32

Puntuación por año de residencia: R1: PM 7,98, Puntuación menor(Pm): 7,32; Puntuación Mayor(PMa):8,46; R2: PM 8,47, Pm:8;PMa:90,86

Puntuación media según competencias evaluadas: Com:7,5;AP:6,76;EF:4,6;HT:8,4;An:8;Man:8,7

5 Conclusiones

Las pruebas de evaluación clínica objetiva estructurada (ACOEs) permiten evaluar y comparar a residentes de una misma especialidad y realizar una análisis personal y de grupo para identificar puntos fuertes y áreas de mejora

La implementación generalizada y simultánea en todas las Unidades docentes de una misma especialidad podría ser una potente herramienta evaluativa

C0141 ENTRE EL CUIDADO Y EL CANSANCIO: ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EMPATÍA Y DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Daniel Fernandez Garcia¹, Cesar Bazó Canelón², Isolina Riaño Galán³, Beatriz Miguel Ortega⁴, Mónica Bazó Vargas⁵, Julián Rodríguez Suárez⁶

¹*CS Grado, , OVIEDO, ESPAÑA*

²*Urgencias HUCA, Oviedo, España*

³*Pediatría HUCA, Oviedo España*

⁴*Ginecología, HUCA, Oviedo, España*

⁵*CS Ventanielles, Oviedo, España*

⁶*Jefe Estudios HUCA, Oviedo, España*

1 Justificación

La empatía es una competencia esencial en la Medicina Familiar y Comunitaria, al favorecer la relación médico-paciente y la calidad asistencial. Sin embargo, el desgaste profesional es un problema creciente entre los médicos en formación, con consecuencias tanto personales como asistenciales. Conocer estos factores en los residentes permite orientar estrategias docentes y organizativas que promuevan su bienestar y un aprendizaje más saludable.

2 Objetivos

Describir el nivel de empatía y el grado de desgaste profesional en médicos residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Principado de Asturias.

3 Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo mediante un cuestionario autoadministrado de 65 ítems, que incluía datos sociodemográficos y la integración de los cuestionarios validados Maslach Burnout Inventory (MBI) y Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). La encuesta se aplicó de forma presencial durante una reunión de la Unidad Docente, participando 102 residentes de distintos años de formación.

4 Resultados

El 78,4 % eran mujeres, con una edad media de 30,9 años (DS 5,4); el 47,1 % cursaba segundo año y el 33,3 % cuarto año de residencia. Un 57,8 % trabajaba en centros urbanos y el 54,9 % realizaba menos de 150 minutos de ejercicio físico semanal. La media de horas de sueño fue de 6,5 (DS 0,7) y la de guardias mensuales de 5,4 (DS 0,8). La percepción de reconocimiento social (3,2/7), retribución económica (2,3/7) y respaldo institucional (2,8/7) fue baja. En indicadores de desgaste, destacaron puntuaciones elevadas en cansancio emocional (3,9/6), agotamiento al final de la jornada (4,6/6) y fatiga al inicio de la misma (4,0/6).

5 Conclusiones

Este estudio preliminar muestra que los residentes presentan signos relevantes de desgaste profesional y una percepción limitada de reconocimiento y apoyo institucional. Los hallazgos sugieren la necesidad de implementar intervenciones que promuevan el bienestar, la motivación y la empatía durante la formación especializada, y abren la puerta a un análisis más amplio y continuado de esta población.