

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](http://www.geyseco.es/sefse25)



[sefse@geyseco.es](mailto:sefse@geyseco.es)



Secretaría Técnica: Geyseco Tel 932 21 22 42

GEYSECO.es  
GESTIÓN DE CONGRESOS Y SOCIEDADES

**POSTERÉS DEFENDIDOS - Abstrac**

## C0006 DESARROLLO, VALIDACIÓN Y TESTEO DE UNA HERRAMIENTA SOFTWARE PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN MÉDICOS EN FORMACIÓN (MIR)

Verónica Martín Domínguez<sup>1</sup>, Jorge Mendoza Jiménez-Ridruejo<sup>2</sup>, Beatriz Lucía Martínez<sup>3</sup>, Virginia Arranz Monje<sup>4</sup>, Borja Artiñano Arizmendi<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>2</sup>Hospital Universitario La Princesa, , Madrid, España

<sup>3</sup>Instituto Ingeniería del Conocimiento. Universidad Autónoma de Madrid.

<sup>4</sup>Instituto Ingeniería del Conocimiento. Universidad Autónoma de Madrid.

<sup>5</sup>Instituto Ingeniería del Conocimiento. Universidad Autónoma de Madrid.

### 1 Justificación

Las competencias transversales resultan esenciales para el trabajo cualquier profesión. Sin embargo, a nivel de la formación médica especializada (MIR) no se han establecido planes de formación ni evaluación de este tipo de competencias. En este contexto surge la necesidad evaluar el nivel de competencias transversales en MIR.

### 2 Objetivos

1. Crear un Catálogo de Competencias genérico que represente el conjunto de habilidades de carácter transversal que requiere el MIR.
2. Obtener las garantías psicométricas suficientes en términos de fiabilidad y validez.
3. Conocer el nivel competencial general en MIR.

### 3 Material y métodos

Se revisaron diversos modelos teóricos seleccionando 10 competencias. Con estos datos se construyó una encuesta con enunciados afirmativos con un sistema de respuesta tipo Likert con escala graduada en 4 puntos.

Una vez diseñada la prueba se realizó un estudio piloto a todos los residentes del Hospital Universitario de La Princesa (HULPr) de Madrid, durante los meses de abril a junio de 2024. Posteriormente se evaluaron las garantías psicométricas adecuadas (validez y fiabilidad, etc.), y posteriormente se evaluaron los resultados por año de residencia y especialidad.

### 4 Resultados

Se realizó un estudio piloto, para la validación a todos los residentes del HULPr, 220 médicos residentes (obteniendo una respuesta final del 65% del total).

La fiabilidad de cada una de las subescalas ha resultado "Adecuada" ( $\geq 0.7$ ), "Buena" ( $\geq 0.8$ ) o "Excelente" ( $\geq 0.85$ ) en todos los ítems. La muestra alcanzó unos niveles de fiabilidad y validez adecuados tras el análisis de los datos.

Atendiendo a la evolución del nivel competencial promedio entre las 10 competencias evaluadas se observa una tendencia positiva en el desarrollo competencial por año de residencia. De forma global, entre el 1 - 6% de los evaluados muestra un Nivel Competencial de 1 (*No Adquirido*). Y entre el 1% - 5% muestra un Nivel Competencial de 4 (*Especializado*). El resto de las puntuaciones se reparten entre los niveles *Básico* y *Avanzado*.

### 5 Conclusiones

- Este instrumento cumple con las garantías psicométricas de fiabilidad y validez necesarias para garantizar su uso aplicado.
- Las diferencias entre residentes de distintos años ha sido de pequeña magnitud, si bien se observa una ligera tendencia ascendente.

## C0008 ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS ROTACIONES CLÍNICAS EN FARMACIA HOSPITALARIA EN ESPAÑA

**Negro-Vega E<sup>1</sup>, Fernández de Gamarra-Martínez E<sup>2</sup>, Martínez Castro B<sup>3</sup>, Pérez Abanades M<sup>4</sup>, Pérez Menéndez-Conde C<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

<sup>2</sup>Servicio de Farmacia, Hospital de la Sta. Creu i St. Pau, Barcelona, España

<sup>3</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

<sup>4</sup>Servicio de Farmacia, Hospital de la Princesa, Madrid, España

<sup>5</sup>SERVICIO FARMACIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (IRYCIS), MADRID, ESPAÑA

### **1 Justificación**

El programa formativo de Farmacia Hospitalaria establece que, en el cuarto año de residencia, los residentes deben realizar rotaciones clínicas en áreas de hospitalización, quirúrgicas y consultas externas, sin concretar áreas específicas. Esta flexibilidad permite a cada hospital diseñar los itinerarios formativos según sus preferencias, aunque puede generar diferencias en la formación.

### **2 Objetivos**

Analizar la organización de las rotaciones clínicas en los itinerarios formativos de los Farmacéuticos Internos Residentes (FIR) en hospitales españoles acreditados para la docencia.

### **3 Material y métodos**

Estudio descriptivo transversal multicéntrico mediante encuesta online voluntaria dirigida a todos los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) acreditados para la docencia en España. La encuesta, elaborada y validada por un panel de expertos, se distribuyó entre mayo y junio de 2024 a través de lista de correo.

Datos recogidos: características del hospital (número de camas, plazas FIR acreditadas, tutores) y organización de las rotaciones clínicas (año de realización, duración, área y tipo).

El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva univariante.

### **4 Resultados**

Se recibieron 99 respuestas de los 114 hospitales acreditados (86,8% de tasa de respuesta). El 44,5% de los SFH tenían entre 100-500 camas, 41,4% entre 501-1000 y 14,1% más de 1000 camas. El 84,8% contaba con 1-2 plazas FIR/año y el 54,5% con dos tutores.

El 100% de los hospitales incluye rotaciones clínicas en hospitalización, el 23,2% en áreas quirúrgicas y el 17,7% en consultas externas. El 57,6% concentra estas rotaciones en el cuarto año, el 14,1% las programa en el tercer-cuarto año y el 11,1% a lo largo de toda la residencia.

Las áreas clínicas más frecuentes fueron Enfermedades Infecciosas (70,7%), Hematología (67,7%), Medicina Intensiva (66,7%), Medicina Interna (64,6%), Urgencias (61,6%), Oncología (60,6%) y Pediatría (50,5%).

La mediana de meses destinados a rotaciones clínicas fue de 10 meses (PS25: 6; PS75: 12) y la mediana de duración de cada rotación de 2 meses.

### **5 Conclusiones**

Las rotaciones clínicas de los farmacéuticos son imprescindibles para consolidar la integración en equipos multidisciplinares asistenciales. Aunque existen diferencias en las áreas, la duración o el año de residencia se cumple el programa formativo oficial. La colaboración del resto de especialistas ha sido fundamental para conseguir este reto.

## C0009 USO DE TECNOLOGÍAS VESTIBLES EN LA PREDICCIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD

**Silvia Salazar Sobrino<sup>1</sup>, Saira Reina Rivas Suárez<sup>2</sup>, Ainhoa Azpeitia Ansa<sup>3</sup>, Martha Carina Chávez Gi<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>EIR 2 SALUD LABORAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA- SAN SEBASTIAN- GUIPUZCOA

<sup>2</sup>MIR 2 SALUD LABORAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA- SAN SEBASTIAN- GUIPUZCOA

<sup>3</sup>ENFERMERA ESPECIALISTA SALUD LABORAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-SAN SEBASTIAN-GUIPUZCOA

<sup>4</sup>MEDICA ESPECIALISTA SALUD LABORAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. SAN SEBASTIAN. GUIPUZCOA

### **1 Justificación**

El burnout es un problema creciente en el ámbito de la salud, afectando hasta un 60% de médicos, residentes y enfermeros. Las tecnologías vestibles (wearables) pueden ayudar a predecir el burnout mediante biomarcadores fisiológicos. Este estudio revisa el uso de dispositivos vestibles en la predicción del burnout en profesionales de la salud identificando brechas en su implementación.

### **2 Objetivos**

1. Identificar posibles biomarcadores fisiológicos asociados al burnout.
2. Exploración de correlaciones entre estrés, burnout, fatiga, salud mental y variables fisiológicas.
3. Identificación de patrones entre variables fisiológicas en estrés/burnout y su posible la utilidad en la predicción de burnout en entornos laborales de personal sanitario.

### **3 Material y métodos**

Se realizó una revisión bibliográfica en MEDLINE y Embase además de búsqueda manual, con palabras clave según DeCS, términos MeSH y Emtree. Se incluyeron estudios que analizaron burnout, ansiedad, estrés y depresión en profesionales de la salud mediante dispositivos vestibles en los últimos 10 años. Se analizaron otros criterios de inclusión /exclusión y calidad de los estudios incluidos:

Criterios de inclusión:

- Estudios que incluyan wearables (smartwatches, pulseras) usados para medir estrés en trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, técnicos, etc)
- Estudios con resultados relacionados con estrés (HRV, HR, sueño y cuestionarios relacionados con stress y burnout) en personal sanitario.
- Estudios publicados en los últimos 10 años

Criterios de exclusión:

- Estudios sobre estrés general, no laboral
- Estudios que no usen dispositivos wearables
- Población distinta a trabajadores de salud

### **4 Resultados**

De 540 estudios, se incluyeron 12. La mayoría utilizó biosensores de muñeca en estudios observacionales con bajo riesgo de sesgo. No se encontraron biomarcadores totalmente consistentes para burnout o ansiedad, pero el sueño, el conteo de pasos y el tiempo en cama se asociaron con depresión. La frecuencia cardíaca y su variabilidad se asociaron con estrés agudo. Las principales limitaciones fueron el seguimiento a largo plazo, el tamaño de muestra y la falta de integración de datos con información del sistema de salud.

### **5 Conclusiones**

Las tecnologías vestibles tienen potencial en la predicción del estrés agudo y/o crónico con burnout, pero se requiere estandarización de datos y estrategias para mejorar la adherencia y la inclusión en los estudios.

## C0011 TERCER ESCALÓN DE LA PIRÁMIDE DE MILLER. BIBLIOGRAFÍA Y EVALUACION DE LA ACEPTACION POR PARTE DE LOS RESIDENTES

*Ion Koldobika Iribar Dieguez<sup>1</sup>, Carlos Pardo Rodríguez<sup>2</sup>, Lorea Gómez Berasategui<sup>3</sup>, Ana María Sánchez Beltrán<sup>4</sup>, Garazi Gómez Amiano<sup>5</sup>, Begoña Villas Miguel<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias. OSI-Hospital Bidasoa, , Hondarribia, España

<sup>2</sup>Médico residente. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guipúzcoa. Hondarribia, España

<sup>3</sup>Médico residente. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guipúzcoa. Hondarribia, España

<sup>4</sup>Médico residente. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guipúzcoa. Hondarribia, España

<sup>5</sup>Médico residente. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guipúzcoa. Hondarribia, España

<sup>6</sup>Enfermera. Centro de Salud Amara Berri – OSI Donostialdea. San Sebastián, España

### **1 Justificación**

El objetivo de la formación MIR es alcanzar la competencia profesional.

La Pirámide de Miller es una herramienta que describe este camino en cuatro niveles: "Sabe", "Sabe cómo", "Demuestra cómo", y "Hace". El tercero permite valorar simultáneamente las habilidades y la capacidad de razonamiento clínico del MIR.

Los Exámenes Clínicos Objetivos Estructurados (ECOE) permiten evaluar este nivel, de forma controlada, con situaciones reales, pero sin arriesgar la seguridad del paciente. Pero, su eficacia depende de la aceptación por parte del residente.

### **2 Objetivos**

- Describir la trascendencia del tercer escalón de la pirámide de Miller.
- Evaluar la aceptación del ECOE entre los residentes de nuestra organización.

### **3 Material y métodos**

Repaso de bibliografía con Pubmed, Cochrane library, y Google Scholar.

En el hospital Bidasoa se forman 20 residentes.

Anualmente realizamos un ECOE (nunca evaluado). 4 docentes desarrollan 4 casos clínicos de 30 minutos. Para desarrollarlos el residente dispone de todo el material técnico para atender a la vía aérea y circulatoria avanzadas, ecógrafo, monitor desfibrilador, y medicación habitual (simulada).

Una encuesta anónima ha evaluado la aceptación del método y la calidad del taller por los MIR con 6 preguntas: idoneidad del taller, adecuación de los espacios, adecuación del material, capacidad docente, capacidad del docente para favorecer la participación del MIR, e idoneidad de los casos. Además, el residente puede sugerir medidas de mejora.

### **4 Resultados**

La información revisada insiste en lo crucial de este escalón formativo.

Este año han participado 15 residentes, en 4 grupos, liderados por un residente mayor. Han contestado a la encuesta 11.

La valoración media en los 6 ítems ha sido sobresaliente, siendo la mejor: la idoneidad del taller, y la peor: el material docente. Se sugiere mayor frecuencia, más casos, e integrar más a los residentes menores.

### **5 Conclusiones**

El tercer escalón de la pirámide de Miller, aunque no evalúe la competencia

- Aporta
  - o Confianza al residente para creer en sus posibilidades
  - o Confianza al adjunto para dejar hacer al residente
- Una visión aproximada de cuál puede ser el desempeño del residente delante del paciente
- Fortalece el aprendizaje del trabajo en equipo y el liderazgo.

## C0025 NUEVA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

HECTOR ALONSO VALLE<sup>1</sup>, Pablo Grijuelo Elordi<sup>2</sup>, Enrique Peraita Fernandez<sup>3</sup>, Marisol Holanda Peña<sup>4</sup>

<sup>1</sup>URGENCIAS. HOSPITAL MARQUES DE VALDECILLA, SANTANDER, ESPAÑA

<sup>2</sup>Unican

<sup>3</sup>Hospital Marqués de Valdecilla

<sup>4</sup>Hospital Marques de Valdecilla

### **1 Justificación**

En Europa 34 países reconocen la especialidad de urgencias. En España recientemente ha sido aprobada la nueva especialidad. Desconocemos la opinión de los estudiantes ante esta nueva especialidad

### **2 Objetivos**

Conocer la opinión de los estudiantes de la universidad de Cantabria ante la nueva especialidad de urgencias

### **3 Material y métodos**

Encuesta realizada a los alumnos de la universidad de Cantabria.

Se pregunta específicamente si están a favor del sistema de troncalidad, si se plantearían como primera elección la medicina de urgencias y las razones para elegirla o no elegirla

### **4 Resultados**

Se recogieron encuestas a 106 alumnos de la universidad. Un 78% se muestran favorables a la troncalidad y un 63% se plantearían la elección de medicina de urgencias. Las razones para la elección son que es una especialidad generalista, con técnicas avanzadas y con buena dinámica de trabajo atendiendo a pacientes graves

### **5 Conclusiones**

Pensamos que la nueva especialidad ha tenido una acogida muy favorable entre los estudiantes de medicina siendo una opción destacable en su elección futura en el examen MIR

## C0028 UNIDAD MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL EN LA FUNDACIÓN ALTHAIA: SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES

**MARIA CRUZ CRESPO MARAVER<sup>1</sup>, Yolanda Martínez Ortega<sup>2</sup>, Meritxell Viladrich Canudas<sup>3</sup>, Àurea Autet Puig<sup>4</sup>, Ramon Santistevé Prat<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>División de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España. 2 Grup de Recerca en Innovació en Salut Mental i Benestar Emocional (ISaMBeS), IRISCC. Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVIC-UCC). España

<sup>2</sup>División de Salud Mental. Hospital 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

<sup>3</sup>División de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.

<sup>4</sup>División de Salud Mental. Hospital 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

<sup>5</sup>Comisión de Docencia. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària. Manresa (Barcelona). España.

### **1 Justificación**

La unidad docente multiprofesional de salud mental (UDM-SM) de nuestro centro se ocupa de la formación de residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental. Desde hace 9 años organizamos sesiones formativas, mensuales, con participación de tutores y residentes, que incluyen la presentación de sesiones docentes de residentes y discusión posterior de los asistentes de las tres especialidades. Su objetivo es proporcionar formación integradora e interprofesional y aumentar competencias en actividades docentes.

### **2 Objetivos**

Evaluar la satisfacción de nuestros residentes de salud mental respecto a las sesiones de la UDM-SM realizadas en el Hospital Sant Joan de Déu Althaia de Manresa (Barcelona).

### **3 Material y métodos**

Estudio observacional transversal. Participantes: Residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental. Instrumentos: Cuestionario de satisfacción (elaboración propia) respecto a: Organización de las sesiones (6 ítems); Competencias adquiridas (6 ítems); Autoevaluación de los residentes (2 ítems); Valoración respecto a los tutores (2 ítems); Escala de satisfacción global. Cada ítem se valora mediante escala Likert de 6 puntos. Consideramos alta satisfacción a partir de 4. Procedimiento: Finalizado el año de residencia, los residentes contestan anónimamente la encuesta de satisfacción y sus respuestas se archivan automáticamente mediante plataforma RedCap.

### **4 Resultados**

Participan 26 residentes de las 3 especialidades (1º a 4º año de residencia), correspondientes a cursos 2023-2024 y 2024-2025. Obtenemos alta satisfacción global el 88% de los residentes. Los aspectos organizativos mejor valorados son: duración y horario de las sesiones, y medios audiovisuales usados, con alta satisfacción en más de 92% de los residentes. Respecto a las competencias y aprendizajes adquiridos, más de 80% muestran alta satisfacción en cuanto a la utilidad de las sesiones, interdisciplinariedad, potenciación de habilidades comunicativas y diseño de presentaciones, fomento de reflexión y pensamiento crítico. Más del 92% muestran alta motivación e implicación, y al menos 70% se muestran altamente satisfechos con la supervisión por parte de sus tutores.

### **5 Conclusiones**

La satisfacción de residentes es alta respecto a las sesiones realizadas en nuestra Unidad docente multiprofesional de salud mental. Destacamos la utilidad de mantener estas sesiones interdisciplinarias, así como evaluarlas periódicamente para detectar aspectos susceptibles de mejora y optimizar el programa formativo de nuestros residentes.

## C0030 EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL, CLAVE PARA UNA FUNCIÓN TUTORIAL DE CALIDAD

M<sup>a</sup> Aránzazu Sánchez García<sup>1</sup>, Eva Friera Cáceres<sup>2</sup>, José Manuel González Morán<sup>3</sup>, Carlamarina Rodríguez Pereira<sup>4</sup>, María Dolores Méndez Méndez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL DE ASTURIAS, , FRESNEDA. SIERO, ESPAÑA

<sup>2</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias

<sup>3</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias

<sup>4</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias

<sup>5</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias

### 1 Justificación

La acreditación y formación continua de profesionales, que asumirán la función de tutorización principal, es clave para asegurar la calidad de la formación de profesionales de salud. Por ello, encontrar estrategias motivadoras, eficaces y eficientes para la capacitación de profesionales para la función tutorial es uno de los objetivos de cualquier unidad docente.

### 2 Objetivos

Trasladar nuestra práctica en la formación de tutores y tutoras mediante una metodología puramente experiencial.

### 3 Material y métodos

#### Material

Sala con cuatro espacios diferenciados, conexión a internet, un ordenador, globos, material de papelería, sillas, docentes experimentados en técnicas activas, imaginación...

#### Método

1.-Se convoca a tutores y tutoras acreditados, independientemente de la especialidad, de una Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, a una jornada formativa presencial de 6 horas de duración.

2.- Fase 1. Presentación, entrega de material, explicación breve de la actividad y división de los asistentes en 4 grupos con representación multidisciplinar.

3.- Fase 2. Se desarrollan los 4 talleres de forma simultánea, con entre uno y dos docentes por taller. La participación de los grupos en cada uno de los talleres, se realiza de forma consecutiva, siguiendo el sentido de las agujas del reloj. El contenido de los talleres es el siguiente: retroalimentación, incidente crítico, autocuidado y uso de la plataforma informática para la gestión de la docencia . El tiempo en cada taller es de 40 '.

4.- Fase 3. Puesta en común de la experiencia y cierre. Recogida de encuestas de satisfacción.

### 4 Resultados

Inicialmente se inscribieron la mitad de profesionales acreditados de la Unidad Docente, finalmente, solo acudieron 26 asistentes, por dificultades para la cobertura asistencial o motivos personales de última hora. La valoración general de la Jornada fue de un 4,63/5 y del contenido de un 4,69/5. Las palabras de los asistentes que más comúnmente definieron la Jornada fueron experiencia, aprendizaje, participativo, útil y ameno.

### 5 Conclusiones

Este taller está idealmente diseñado para un número entre 16 y 32 participantes.

Ha demostrado ser una estrategia útil para la puesta en común de las dificultades en la función tutorial, la adquisición de herramientas para solventar las mismas y fomentar el espíritu de equipo entre tutores y Unidad Docente.

## C0037 SIM-PRO: ITINERARIO FORMATIVO PARA INSTRUCTORES EN SIMULACIÓN CLÍNICA

**Marta Sanchez Oliver<sup>1</sup>, Michelle Laurens Acevedo<sup>2</sup>, Gemma Cervero Martinez<sup>3</sup>, Laura Seidler Nussenbaum<sup>4</sup>, Jordi Bañeras Rius<sup>5</sup>, Mónica Rodríguez Carballeira.<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Vall d'Hebron Centre de Simulació Clínica Avançada

<sup>2</sup>Vall d'Hebron Centre de Simulació Clínica Avançada

<sup>3</sup>Vall d'Hebron Centre de Simulació Clínica Avançada

<sup>4</sup>Vall d'Hebron Centre de Simulació Clínica Avançada

<sup>5</sup>Vall d'Hebron Centre de Simulació Clínica Avançada

<sup>6</sup>Vall d'Hebron Centre de Simulació Clínica Avançada

### 1 Justificación

En un contexto en el que la práctica clínica y educativa está en constante evolución, el aprendizaje basado en simulación se ha consolidado como una metodología pedagógica fundamental en la educación sanitaria. Esta necesidad nos ha llevado a diseñar un itinerario formativo dirigido a profesionales interesados en utilizar la metodología de la simulación como herramienta educativa.

### 2 Objetivos

Proporcionar conocimientos teóricos y prácticos en simulación clínica para ejercer como facilitadores, Capacitar a los profesionales sanitarios en el diseño, ejecución y evaluación de experiencias basadas en simulación.

Brindar competencias en *briefing, debriefing* y facilitación para su aplicación en entornos presenciales y virtuales.

### 3 Material y métodos

A través de varios cursos progresivos, el itinerario se estructura de la siguiente manera:

Curso de Introducción a la Simulación: formación online de 10 horas donde se exponen los fundamentos teóricos y los principios básicos del diseño de simulación.

Curso Básico de Instructores en simulación: curso presencial de 20 horas centrado en trabajar las competencias prácticas en *briefing, diseño de escenarios y debriefing*.

Curso de Simulación Virtual: módulo online de 3 horas orientado a la creación y conducción de escenarios virtuales.

Curso Avanzado de Instructores en simulación: curso presencial de 24 horas que permite consolidar los conceptos metodológicos y ofrece estrategias para afrontar *debriefings* en situaciones difíciles

Los cursos incluyen evaluación y acreditación mediante la Resolución de Acreditación de Actividades de Formación Continuada y están reconocidos por la SESSEP (Sociedad Española de Simulación en Salud y Educación Profesional), lo que representa un valor añadido y garantiza el reconocimiento formal de los conocimientos adquiridos.

### 4 Resultados

Entre 2019 y 2025 se han formado un total de 567 participantes en las diferentes ediciones de cursos básicos internos, externos, virtuales y avanzados. Se han formado un total de 286 instructores básicos de la propia institución del Hospital Vall d'Hebron, de los cuales, 18 son tutores de residentes.

### 5 Conclusiones

Estos datos reflejan la creciente demanda de la formación en simulación clínica, lo que sugiere la consolidación de esta metodología como una estrategia docente en la educación sanitaria.

El itinerario formativo ha permitido crear una comunidad de instructores en simulación clínica esenciales para el despliegue de esta metodología como herramienta docente.

## C0041 APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAL SANITARIO (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) CON INCIDENCIA EN EL AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y EN LA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

PAULA GONZALEZ SUSO<sup>1</sup>, Marta Sánchez de Muniain Del Villar<sup>2</sup>, Xabier Arrazola Etxeberria<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicología Clínica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España, , Donostia, España

<sup>2</sup>Psicología Clínica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España

<sup>3</sup>Psicología Clínica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España

### 1 Justificación

La exigencia del cuidado vivida durante la pandemia COVID-19 ha incrementado tanto la sintomatología psicopatológica como el malestar emocional de los profesionales sanitarios.

Tras valorar los resultados de una encuesta de bienestar emocional en el personal sanitario de una Unidad de Cuidados Intensivos, se realiza un taller de bienestar emocional con la finalidad de reducir el agotamiento emocional (burnout) y la sintomatología psicopatológica observada en los resultados de dicha encuesta.

### 2 Objetivos

Evaluar el efecto de un programa de bienestar emocional, basado en estrategias de Mindfulness, Empatía-Autocompasión y Terapia de Aceptación y Compromiso, sobre el burnout y los síntomas psicopatológicos.

### 3 Material y métodos

Se trata de un diseño longitudinal, descriptivo, con un enfoque cuantitativo y con medidas pre y post intervención.

Se realiza una valoración psicométrica del burnout a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), y de la sintomatología psicopatológica a través del Symptoms Checklist 90-R (SCL 90-R).

En la muestra, participan 10 sanitarias de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Donostia.

El taller se desarrolla en seis sesiones semanales con una duración de hora y media cada una.

### 4 Resultados

En los resultados del burnout se observa que, tras la intervención, tanto el cansancio emocional como la despersonalización disminuyen hasta situarse en niveles medios-bajos, a la vez que aumenta la realización personal de los profesionales.

En cuanto a la valoración psicopatológica, se observa una reducción del malestar psicológico general, así como de las nueve escalas psicopatológicas que mide el cuestionario SCL-90 (Depresión, Ansiedad, Somatización, Hostilidad, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ideación paranoide, Ansiedad fóbica y Psicoticismo).

### 5 Conclusiones

El programa de bienestar emocional ha demostrado ser útil para reducir los niveles de burnout, así como para mejorar la sintomatología psicopatológica de los profesionales sanitarios.

## C0042 DESARROLLO DE COMPETENCIAS INVESTIGADORAS EN FARMACÉUTICOS INTERNOS RESIDENTES: UN ITINERARIO FORMATIVO ESTRUCTURADO

**Susana Redondo Capafons<sup>1</sup>, Eduardo López Briz<sup>2</sup>, Francisco José Toja Camba<sup>3</sup>, Carlos Gil Moreno<sup>4</sup>, Eva Negro Vega<sup>5</sup>, Covadonga Perez Menendez-Conde<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, , Sabadell, España

<sup>2</sup>Hospital Universitario y Politécnico de La Fe

<sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

<sup>4</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada

<sup>5</sup>Hospital Universitario de Getafe

<sup>6</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal

### 1 Justificación

La formación en investigación es un objetivo que todo especialista debe contemplar, de acuerdo al RD 589/2022. Asimismo, está contemplada en el programa oficial de la especialidad de Farmacia Hospitalaria (POEFH). Por ello, se ha diseñado un itinerario formativo (IF) que permita a los farmacéuticos internos residentes (FIR) adquirir las competencias necesarias para desarrollar investigación clínica, traslacional, de forma progresiva, estructurada y supervisada.

### 2 Objetivos

Ofrecer al FIR y a los tutores las herramientas necesarias para adquirir competencias que permitan desarrollar proyectos de investigación, contemplando las fases de concepción, diseño y ejecución, explotación de datos e interpretación de resultados y divulgación científica, prestando especial atención a los aspectos éticos.

### 3 Material y métodos

Se elaboró un IF basado en el RD 589/2022 y POEFH, elaborado por el Grupo de Tutores con la participación de un investigador con trayectoria consolidada y otro en fase inicial para integrar distintas perspectivas formativas.

### 4 Resultados

Se siguió el modelo consensuado por el Grupo de Tutores para el desarrollo de los IF distribuido en dominios competenciales incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes con sus correspondientes actividades y herramientas de evaluación, el modelo de supervisión, la estructura formativa y aspectos de planificación. Se establecieron:

- **Seis dominios:** Desarrollo idea original; proceso metodológico; gestión de la investigación; explotación de datos; comunicación de resultados y escritura científica y ética de la investigación y de la comunicación científica.
- **Herramientas de evaluación:** exámenes, observación directa, portafolio docente, audit y feedback\_360°
- **Niveles de responsabilidad:** Nivel 3 (observación) a nivel 1 (autonomía), en progresión anual.
- **Desarrollo progresivo** de competencias:
  - o **R1-R2:** Lectura crítica, planteamiento de preguntas PICO, participación en congresos nacionales, publicaciones locales.
  - o **R3:** Publicaciones en revistas nacionales, congresos internacionales, inicio tesis.
  - o **R4:** Tesis doctoral, publicaciones internacionales, participación en CEIm.
- **Actividades específicas:**
  - o Redacción de protocolos
  - o Análisis estadístico
  - o Manejo de herramientas digitales
  - o Comunicación de resultados
- **Recursos empleados:** servicio de farmacia, unidades de investigación, comités éticos, sociedades científicas.

### 5 Conclusiones

El IF en investigación proporciona una guía completa y adaptada a la formación de los FIR. Permite generar cultura investigadora desde el inicio de la residencia y adquirir competencias claves para realizar investigación bajo los estándares éticos, metodológicos y científicos actuales.

## C0043 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DE RESIDENTES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE INFORME ESTRUCTURADO, UNA FORMACIÓN Y FEEDBACK

Ramon Santisteve Prat<sup>1</sup>, Alfons Hervás Roque<sup>2</sup>, Blanca López Burrueto<sup>3</sup>, Isabel Comerma Coma<sup>4</sup>, Irantzu Elorza Ibañez<sup>5</sup>, Yolanda Martínez Ortega<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Comisión de Docencia, Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Manresa, España

<sup>2</sup>Dirección de Calidad y Conocimiento, Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia, España

<sup>3</sup>Comisión de Documentación Clínica, Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia, España

<sup>4</sup>Comisión de Documentación Clínica, Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia, España

<sup>5</sup>Comisión de Docencia, Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia, España

<sup>6</sup>Comisión de Docencia, Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia, España

### 1 Justificación

Los informes de alta hospitalaria son vitales para garantizar la continuidad asistencial, pero su calidad muestra variabilidad significativa entre redactores. Tras una auditoría general en nuestro hospital, se identificaron áreas de mejora en la calidad global de los informes. Actualmente, no se dispone de un análisis específico que valore de manera diferenciada los informes elaborados por médicos residentes.

### 2 Objetivos

Evaluar la calidad de los informes de alta redactados por los residentes antes y después de la implantación de un informe estructurado y de una intervención formativa con feedback individualizada, y compararla con los resultados de la auditoría general.

### 3 Material y métodos

Estudio cuasi-experimental pre-post.

- **Población:** informes de alta (muestra aleatoria), elaborados por Médicos Internos Residentes (MIR) del Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia, de cualquier especialidad clínica que elaboren informes de alta de hospitalización, auditados antes y después de la intervención.
- **Evaluadores:** tutores de Formación Sanitaria Especializada (FSE) de la Institución, formados previamente mediante un vídeo docente de 45 minutos y un test de conocimientos.
- **Intervención:**
  1. Formación de tutores antes de la primera auditoría.
  2. Implementación de un nuevo informe de alta estructurado de uso obligatorio por todos los profesionales.
  3. Formación de residentes y feedback individualizado sobre la auditoría basal.
- **Instrumento:** cuestionario estandarizado ad hoc, diseñado específicamente para evaluar aspectos cualitativos de los informes de alta hospitalaria, con una puntuación global de 0 a 10.
- **Comparaciones previstas:**
  - a) Calidad de los informes de residentes frente a la auditoría general basal.
  - b) Diferencias entre la auditoría pre y post-intervención en residentes.
  - c) Comparación de los resultados de residentes con la auditoría general tras la intervención.

### 4 Resultados

Se espera que la intervención mejore la puntuación media de los informes de alta de residentes y contribuya a homogeneizar su calidad respecto al conjunto de los profesionales del centro.

### 5 Conclusiones

Este proyecto permitirá disponer de datos específicos sobre la calidad de los informes de alta elaborados por residentes y evaluar el impacto de una estrategia de mejora basada en un informe estructurado, formación y feedback. Sus resultados podrían orientar intervenciones similares en otros centros docentes.

## C0047 APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAL SANITARIO (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) CON INCIDENCIA EN MINDFULNESS, EMPATÍA-AUTOCOMPASIÓN Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

*Marta Sánchez de Muniain Del Villar<sup>1</sup>, Paula González Suso<sup>2</sup>, Xabier Arrazola Etxeberria<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Residente de Psicología, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

<sup>2</sup>Residente de Psicología, Hospital Universitario Donostia Donostia, España

<sup>3</sup>Hospital Universitario de Donostia Donostia, España

### **1 Justificación**

El personal sanitario presenta síntomas físicos y psicológicos que afectan tanto a este como al cuidado que ofrecen a la persona enferma. Tras realizar una encuesta de bienestar emocional en el personal sanitario de una Unidad de Cuidados Intensivos, se realiza un taller de bienestar emocional para reducir la sintomatología psicopatológica.

### **2 Objetivos**

Evaluar el efecto de un programa de bienestar emocional de seis sesiones basado en Mindfulness, Empatía-Autocompasión y Terapia de Aceptación y Compromiso.

### **3 Material y métodos**

Se evalúa la empatía con la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Se miden la autocompasión con una escala de Autocompasión (SCS) y el Mindfulness a través del cuestionario Mindfulness de cinco facetas (FFMQ). Se registra también la sintomatología psicopatológica con el Symptoms Checklist 90-R.

Se trata de un diseño longitudinal, descriptivo, con un enfoque cuantitativo, pre y post intervención. Participan 10 sanitarias de la UCI del Hospital Universitario Donostia.

### **4 Resultados**

En mindfulness, se observa una clara mejoría general en las mismas, con una media muestral de 126,7 antes de aplicar el taller y de 137,9 después. En cuanto a la autocompasión, se registra un menor aumento en las puntuaciones pre y post-tratamiento. Sobre la empatía, se documenta una pequeña diferencia general positiva en las puntuaciones antes y después del taller.

Respecto a los síntomas psicopatológicos, se detecta una disminución general en el Índice de severidad global, con una media muestral de 0,69 previa al taller y de 0,53 posteriormente.

### **5 Conclusiones**

El programa ha logrado mejorar las tres habilidades que se pretendían medir, con un mayor efecto sobre las estrategias de mindfulness.

Por otra parte, ha reducido la sintomatología psicopatológica en factores como Hostilidad, Sensibilidad interpersonal, Depresión y Ansiedad, entre otros.

## C0048 PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES RELATIVAS A LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

*Maria Irantzu Elorza Ibáñez<sup>1</sup>, Ramon Santistev Prat<sup>2</sup>, Alfons Hervàs Roque<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Comisión de Docencia. Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia. Manresa, España

<sup>2</sup>Comisión de Docencia. Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia. Manresa, España

<sup>3</sup>Dirección de Calidad y Conocimiento. Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Manresa, Althaia. Manresa España,

### 1 Justificación

La normativa vigente (Real Decreto 183/2008) establece que los centros acreditados dispongan de un protocolo de gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones relacionadas con la formación de los residentes. Son necesarias herramientas que permitan canalizar, registrar y responder de forma estructurada a las quejas e incidencias detectadas, promoviendo la participación activa de los residentes y resto de actores implicados en la formación sanitaria especializada (FSE) y fomentando una cultura institucional de calidad, transparencia y mejora constante.

### 2 Objetivos

Crear un procedimiento específico y establecer un canal confidencial, accesible y seguro que permitan sistematizar el registro, análisis y respuesta de las quejas, sugerencias y felicitaciones, asegurando la trazabilidad y resolución adecuada.

Promover la participación activa de los residentes y resto de actores implicados en la FSE en el entorno formativo y fomentar una cultura institucional de calidad, transparencia y corresponsabilidad, así como detectar oportunidades de mejora.

### 3 Material y métodos

Proyecto de mejora de la calidad docente desarrollado en un hospital acreditado para la FSE, y dirigido a residentes y profesionales implicados en su formación:

- Definición de las fases del proceso en un **protocolo de actuación**
- Diseño de un **formulario REDCap normalizado**
- Creación de un **buzón digital** accesible (en Intranet)
- Asignación de un equipo para **evaluación y resolución** de incidencias
- Registro en una **base de datos confidencial** que permite el **seguimiento y análisis periódico**.

### 4 Resultados

Disponer de un **procedimiento formal** para la gestión de quejas relativas a la FSE i **facilitar un canal de comunicación seguro y accesible, fomentando una cultura institucional basada en la calidad, la escucha activa y la transparencia**.

**Fomentar la participación activa de agentes implicados en la FSE** en la mejora del entorno formativo.

**Mejorar la capacidad de respuesta**, reduciendo el tiempo de resolución y aumentando la satisfacción.

### 5 Conclusiones

La implantación de un procedimiento específico y un buzón de gestión permite cumplir la normativa vigente y refuerza la calidad de la formación ofreciendo un canal formal, seguro y accesible para detectar y resolver incidencias eficazmente.

La participación activa de agentes implicados en la FSE favorece su implicación en la mejora continua.

El análisis sistemático de las quejas permite identificar puntos críticos y oportunidades de mejora.

## C0050 ESCUELA DE TUTORES/AS VRS “SEMANAS SIN PARACAÍDAS” ENTORNOS DE APRENDIZAJE AVANZADOS EN LA UDMULTIPROFESIONAL DE AFAMILIAR Y COMUNITARIA DE ARABA

SHEILA SANCHEZ GOMEZ<sup>1</sup>, MARIA JESUS SERNA SAGARMINAGA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UDM de AFyC de Araba, , VITORIA, España

<sup>2</sup>UDM de AFyC de Araba, Osakidetza, Vitoria, España

### **1 Justificación**

La UDM de Atención FyC de Araba organiza la **Escuela de Tutores/as** (ET) desde 2015. Se desarrolla a lo largo de tres semanas, coincidiendo con el periodo de consulta autónoma sin supervisión directa que los/las residentes de medicina y enfermería realizan en el último año de residencia, al que llamamos “Semanas sin paracaídas (SSP)”.

La ET pretende;

- Mejorar competencias docentes del tutor/a,
- Actualizar conocimientos y desarrollo de competencias clínicas.
- Ser punto de encuentro.

Estructura; **primera semana**: aprendizaje de herramientas docentes y de evaluación, **segunda**: reciclaje clínico individual, **tercera**: reciclaje de áreas clínicas avanzadas.

Las SSP pretende;

- Mejorar competencias y seguridad en el manejo autónomo de casos,
- las habilidades en la gestión eficiente de la consulta,
- la comunicación con paciente y equipo.

Tras 10 años de andadura se pretende realizar una evaluación estructurada de ambas acciones.

### **2 Objetivos**

Evaluar el grado de satisfacción y utilidad percibida por los/las tutores/as

Evaluar la mejoría autopercibida en el manejo clínico y seguridad alcanzado por los/las residentes.

### **3 Material y métodos**

Encuesta anónima online, enviada al finalizar la ET y la SSP a los MIR4-EIR2 de familia y sus tutores/as

### **4 Resultados**

Han respondido 20 tutores/as de enfermería y medicina de familia y 18 residentes (7EIR2 y 11MIR4), de las cuales el 83.3% son mujeres. De la ET alcanza un grado de utilidad y satisfacción media global de 9. Los tutores/as señalan el interés por seguir formándose a través de la ET, en formato de minipildoras formativas (2horas) y la riqueza de compartir experiencias entre tutores/as. Los/Las residentes recogen (media sobre 5) que han mejorado su seguridad en el manejo autónomo de casos en consulta un (4.22/5) en domicilio (3.89/5), sus habilidades en la gestión eficiente de la consulta (4.39/5), en comunicación con el paciente (4.39/5), con el equipo (4.28/5), se consideran más preparados para asumir la consulta con autonomía (4.33/5) y son más conscientes de sus puntos fuertes y áreas de mejora (4.44/5), alcanzado al satisfacción global de un 4.56/5.

### **5 Conclusiones**

Ambas activadas desarrolladas en paralelo con residentes y tutores/as resultan muy útiles y satisfactorias permitiendo facilitar un espacio de avance competencial tanto para tutores/as como para residentes de familia y comunitaria.

## C0051 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PARA CUANTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LA TAREA DOCENTE

Ignacio Sanz Lázaro<sup>1</sup>, Ana Fuertes Rodríguez<sup>2</sup>, Ander Alberdi Arbelaitz<sup>3</sup>, Marta Vaquero Valencia<sup>4</sup>, Uxue Errasti Amiano<sup>5</sup>, Naiara Pérez Fernández<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

<sup>2</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

<sup>3</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

<sup>4</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

<sup>5</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

<sup>6</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

### 1 Justificación

La actividad asistencial va de la mano de la actividad docente: coordinar ambas es una tarea compleja en servicios con alto número de rotantes. Cuantificar la carga docente, ayudaría a conocer la necesidad de la dotación de plantillas, así como prever y organizar rotaciones y el resto de actividades.

### 2 Objetivos

Describir el uso de una herramienta informática para la cuantificación de carga docente en el servicio de Medicina Interna de un hospital terciario.

Mostrar un ejemplo de análisis de los datos obtenidos.

### 3 Material y métodos

En el periodo de 2021 a 2025 se han registrado en Microsoft Excel (Microsoft Inc.) los meses de rotaciones de residentes externos al servicio y los adjuntos disponibles para docencia en cada una de nuestras unidades (dos de agudos y una de convalecencia o larga estancia). Se cuantifican el número total de residentes externos por mes y la ratio de residentes por adjunto para cada mes en las tres unidades.

### 4 Resultados

Hemos tenido una demanda creciente de meses totales de rotación pasando a recibir 150 meses en el año 2021 a 185 meses en el 2025.

Durante el periodo mencionado, el promedio de residentes externos cada mes es de 13.5, con un mínimo de 7 y máximo de 19 (en diferentes ocasiones). La cifra total de residentes por mes es muy variable y no sigue una estacionalidad/periodicidad predecible.

La ratio de residentes por adjunto se sitúa entre 0.4 y 2.3 y tampoco sigue un patrón periódico estacional en relación con el curso de formación. La estimación lineal muestra una diferencia entre la tendencia ascendente en el número de residentes y la tendencia neutral o levemente descendente en el número de adjuntos.

### 5 Conclusiones

El uso de una herramienta informática como Excel, ha permitido cuantificar la carga docente que suponen las rotaciones externas en el servicio. Esto podría ayudar a realizar un ajuste más homogéneo y adecuarlo a los recursos humanos.

## C0052 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PARA LA CUANTIFICACIÓN DE TAREAS NO ASISTENCIALES DE LOS RESIDENTES

Ignacio Sanz Lázaro<sup>1</sup>, Naiara Pérez Fernández<sup>2</sup>, Ander Berroeta Iribarren<sup>3</sup>, Beñat Zubeltzu Sese<sup>4</sup>, Cristina Gaminde Echevarría<sup>5</sup>, Rubén Gálvez López<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia Donostia, España

<sup>2</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España

<sup>3</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia Donostia, España

<sup>4</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia Donostia, España

<sup>5</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia Donostia, España

<sup>6</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia Donostia, España

### 1 Justificación

Planificar, evaluar y valorar el grado de cumplimiento de la actividad docente no asistencial es una tarea demandante. El uso de tecnologías de la información podría facilitar estas tareas.

### 2 Objetivos

Describir el uso de una herramienta informática para gestionar tareas no asistenciales (ejercicios de Medicina Basada en la Evidencia –MBE- y sesiones clínicas) de los residentes en un servicio de Medicina Interna.

Ilustrar la aplicabilidad de los resultados obtenidos mediante dicha herramienta.

### 3 Material y métodos

En el periodo de 2021-2025, mediante la utilización y publicación de un formulario online (Forms, Google Inc.), se ha propuesto a los residentes recoger cada una de las actividades que realizan en el ámbito de la MBE (Planteamiento y solución de problema tipo P.I.C.O., Lectura Crítica) o sesiones clínicas como ponentes. Este formulario vierte sus datos a una hoja de cálculo (Sheets, Google Inc.) de manera automática.

De manera mensual se recogen dichas actividades y se envían automáticamente vía email en un resumen a los adjuntos responsables (para que sean tenidas en cuenta en la evaluación) y al propio residente (para que las adjunte en su memoria anual).

De manera anual se analiza la evolución en el cumplimiento de tareas y se diseñan estrategias de mejora.

### 4 Resultados

Entre 2021-2025, se han recogido 1458 actividades realizadas por 270 residentes. 1094 (72%) lecturas críticas, 332 (22%) P.I.C.O y 32 sesiones (el registro de sesiones no estaba sistematizado).

Entre los 270 residentes, 130 (48%) terminaron sin realizar ninguna P.I.C.O., 59 (22%) realizaron una y 82 hicieron 2 o más (30%) (objetivo para una rotación de al menos 2 meses).

En el caso de los ejercicios de lectura crítica, 14/270 (5%) terminaron sin realizar ninguna, 35 (13%) una, 31 (11%) realizaron 2, 58 (21%) realizaron 3 y 132 (48%) hicieron 4 o más lecturas (objetivo fijado para una rotación de al menos 2 meses).

### 5 Conclusiones

La recogida de datos de manera automatizada y estructurada mediante un formulario permite cuantificar cada año la actividad no asistencial realizada por los residentes, adecuar las valoraciones en su evaluación y mostrar información relevante respecto a los objetivos cumplidos o no, para establecer futuras áreas de mejora.

## C0053 INVESTIGACIÓN DURANTE EL PERÍODO FORMATIVO MIR Y EIR: INTERESES Y NECESIDADES

INVESTIGACIÓN DURANTE EL PERÍODO FORMATIVO MIR Y EIR: INTERESES Y NECESIDADES **Rosa María Añel Rodríguez**<sup>1</sup>, **Mikel Aiartzaguena Agirrebeitia**<sup>2</sup>, **Marta Fernández Ruiz**<sup>3</sup>, **Paula Gómez Fauro**<sup>4</sup>, **María Guillen Sierra**<sup>5</sup>, **María Del Carmen Donaire Urquijo**<sup>6</sup>

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

<sup>2</sup>MIR MFyC, Centro de Salud Luliaondo (Aiala), Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, España

<sup>3</sup>EIR MFyC, CS Landako (Durango), OSI Barrualde-Galdakao, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, España

<sup>4</sup>EIR MFyC, CS Galdakao, OSI Barrualde-Galdakao, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, España

<sup>5</sup>EIR MFyC, CS Rontegui, OSI Barakaldo-Sestao, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

<sup>6</sup>Jefa de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España

### 1 Justificación

La investigación es una competencia clave en la formación sanitaria especializada. Sin embargo, su desarrollo durante la residencia MIR y EIR es frecuentemente limitado. Conocer los intereses y los obstáculos detectados por la/s residentes de Atención Familiar y Comunitaria nos permitirá diseñar intervenciones formativas más efectivas.

### 2 Objetivos

Explorar los intereses, motivaciones y barreras de las y los residentes MIR y EIR de Atención Familiar y Comunitaria, para su participación en proyectos de investigación.

### 3 Material y métodos

Estudio transversal descriptivo a través de un cuestionario online anónimo dirigido a MIR y EIR de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Período de respuesta abierto durante un mes: abril 2025.

Variables analizadas: 1) Datos sociodemográficos, 2) Áreas temáticas de interés, 3) Principales motivaciones para investigar y 4) Barreras percibidas.

### 4 Resultados

Perfil de los participantes: 87 residentes (40% del total), 61 MIR y 23 EIR, con representación significativa de los 4 años formativos MIR y 2 años EIR; el 77% son mujeres

- Experiencia previa en investigación: 37% ha participado o está participando en algún proyecto de investigación
- Áreas temáticas prioritarias: las tres áreas de interés para investigación más seleccionadas han sido enfermedades crónicas (41%), salud comunitaria y desigualdades sociales (33%), abordaje del dolor crónico (22%)
- Motivaciones principales: mejorar la atención a los pacientes (38%) y aplicar resultados a la práctica clínica (31%)
- Principales barreras identificadas: falta de tiempo (53%), falta de formación metodológica (48%), falta de tiempo por la carga asistencial (41%) y falta de tutores con formación/experiencia en investigación (38%)

### 5 Conclusiones

Tanto MIR como EIR muestran un alto interés en investigar, especialmente en áreas clínicas y comunitarias. Las motivaciones se centran en mejorar la atención y generar conocimiento útil, frente al interés personal por potenciar el currículum. Las barreras percibidas son estructurales y formativas, con más énfasis en la falta de tiempo entre MIR, y en la falta de formación y referentes entre EIR. Se proponen, como estrategias clave para la mejora, reforzar la formación en metodología de investigación durante la residencia, el acompañamiento por tutores investigadores y la integración de la investigación en la actividad asistencial de tutores y residentes.

## C0055 ANÁLISIS DE LAS SENTENCIAS DE LOS TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA EN RELACIÓN CON LAS EVALUACIONES NEGATIVAS DEL PERSONAL EN FORMACIÓN (RESIDENTES)

M. Nieves González Natal<sup>1</sup>, Nieves González Natal<sup>2</sup>, Jesús Heredia Aguilar<sup>3</sup>, Paloma Burgos Díez<sup>4</sup>, Raquel Alfayate Sierra<sup>5</sup>, Luis Alberto Flores Pérez<sup>6</sup>, Ana Gejo Iglesias<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Formación y evaluación de especialidades sanitarias. Gerencia Regional de Salud, , Valladolid, España

<sup>2</sup>Servicio de formación y evaluación de especialidades sanitarias, Gerencia Regional de Salud, Valladolid, España

<sup>3</sup>Servicio de formación y evaluación de especialidades sanitarias, Gerencia Regional de Salud, Valladolid, España

<sup>4</sup>Servicio de formación y evaluación de especialidades sanitarias, Gerencia Regional de Salud, Valladolid, España

<sup>5</sup>Servicio de formación y evaluación de especialidades sanitarias, Gerencia Regional de Salud, Valladolid, España

<sup>6</sup>Servicio de formación y evaluación de especialidades sanitarias, Gerencia Regional de Salud, Valladolid, España

<sup>7</sup>Servicio de formación y evaluación de especialidades sanitarias, Gerencia Regional de Salud, Valladolid, España

### 1 Justificación

La evaluación negativa de los residentes puede suponer la extinción de los contratos de formación, artículo 11 del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre y artículo 22 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. Los residentes afectados por dicha circunstancia pueden reclamar en vía administrativa previa a la vía judicial, donde conoce el orden jurisdiccional de lo social.

### 2 Objetivos

Analizar las circunstancias que llevan a los residentes con evaluaciones negativas a acudir al Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

### 3 Material y métodos

Se analizan las sentencias recogidas de distintas bases de datos durante el periodo 2005 a 2023. Se examinan los antecedentes de hecho, los motivos de los recursos y los fundamentos de derecho que ha tenido en cuenta el Tribunal.

### 4 Resultados

Del examen de trece sentencias, el 76.92% de ellas anteriores al año 2018, resulta que las causas más frecuentes, para proceder o no a la extinción del contrato, son la falta aprovechamiento e insuficiente aprendizaje (53%), las reiteradas faltas de asistencia (23%) y los errores de procedimiento (23%).

Del análisis se observa que las actitudes de los residentes frente a la formación sanitaria especializada son motivo suficiente para valorar la no renovación del contrato, a este respecto, el tutor del residente es quien tiene un mayor conocimiento de su trabajo en equipo y la valoración que realiza puede ser suficiente para motivar la extinción del contrato del residente.

Respecto del procedimiento inadecuado, se ha estimado en dos ocasiones, el resto se han desestimado, siendo la falta de mayoría absoluta en la toma de decisión la causa común. Esta estimación supone su readmisión y su posterior evaluación conforme al procedimiento establecido.

### 5 Conclusiones

Las sentencias se han reducido desde el año 2018, año en el que se desarrolló el sistema de evaluación por Resolución del Ministerio de Sanidad.

La inadecuada actitud del residente es detectada fundamentalmente por el tutor, siendo muy relevante su valoración para dar continuidad a la formación.

La constitución o decisión inadecuada del órgano administrativo evaluador puede evitarse con la correcta formación de los miembros de las comisiones de docencia.

## C0073 PLATAFORMA MOODLE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DEL EXPEDIENTE ACADÉMICO DE LA RESIDENCIA

**Susanna Vilaseca Giralt<sup>1</sup>, Irene Cribilles Vive<sup>2</sup>, Núria Cuní Baulenas<sup>3</sup>, Judit Pons Baños<sup>4</sup>, Eva Borralleras Fumaña<sup>5</sup>, Noemí Montes Ortega<sup>6</sup>, Estel.la Trias Puertolas<sup>7</sup>, Ingrid Vilaró López<sup>8</sup>, Rosa María Torres Allepuz<sup>9</sup>, María Viñolas Tolosa<sup>10</sup>, Núria Roger Casals<sup>11</sup>**

<sup>1</sup>Docencia, Consorci Hospitalari de Vic, VIC, España

<sup>2</sup>Docencia, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>3</sup>Docencia, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>4</sup>Salud Mental, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>5</sup>Obstetricia y Ginecología, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>6</sup>Cirugía General, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>7</sup>Cirugía Ortopédica y Traumatología, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>8</sup>Medicina Interna, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>9</sup>Geriatría, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>10</sup>Pediatría, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

<sup>11</sup>Docencia, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, España

### 1 Justificación

La gestión del expediente académico de los residentes presenta retos para las Comisiones de Docencia en cuanto a organización, ubicación, seguimiento y accesibilidad de la información.

La plataforma Moodle, ampliamente utilizada en contextos educativos, ofrece funcionalidades que permiten mejorar dichos procesos.

### 2 Objetivos

- Evaluar la viabilidad de Moodle como sistema de gestión académica durante la FSE.
- Optimizar la comunicación entre el equipo docente y el residente.
- Facilitar el registro, seguimiento y consulta del progreso competencial y la evaluación del residente.

### 3 Material y métodos

Diseño y evaluación de la implementación de un entorno Moodle personalizado en nuestro Centro Docente. Recogida de datos mediante registro de:

- Número de residentes con Aula Moodle propia.
- Número de libros de residentes, tutorías y evaluaciones presentadas a través de Moodle.
- Número de actas de evaluación compartidas en Moodle.

Ánalisis de uso de la plataforma y satisfacción de los usuarios.

### 4 Resultados

El uso de Moodle permite centralizar la documentación académica, mejorar la accesibilidad a los informes y reducir el tiempo de gestión administrativa.

El expediente académico está a disposición del residente y tutor en cualquier momento para consulta y descarga.

Los usuarios destacan la mejora en la transparencia del proceso evaluativo anual.

### 5 Conclusiones

Moodle demuestra ser una herramienta eficaz para la gestión del expediente académico de los residentes, al fomentar una comunicación más fluida y un seguimiento más riguroso de su itinerario formativo.

## C0079 IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO EN ELABORACIÓN DE PREPARACIONES ESTÉRILES PARA ALUMNOS DE PRÁCTICAS TUTELADAS: EXPERIENCIA COLABORATIVA TUTORA-RESIDENTE

**Alberto Martínez García<sup>1</sup>**, Covadonga Pérez Menéndez-Conde<sup>2</sup>, Ana María Álvarez Díaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal-, Madrid, España

<sup>2</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

<sup>3</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

### 1 Justificación

La colaboración tutora-residente en la formación de estudiantes de prácticas permite introducir al residente en la docencia desde una perspectiva práctica y tutelada, reforzando su rol como futuro formador.

### 2 Objetivos

Implementar y evaluar un programa formativo (PF) teórico-práctico sobre elaboración de preparaciones estériles dirigido a alumnos de prácticas tuteladas.

### 3 Material y métodos

Estudio analítico, prospectivo, de cohorte única. El PF se diseñó en noviembre de 2024 y se impartió entre enero y marzo de 2025 a dos promociones de estudiantes del Grado en Farmacia.

Fue diseñado e impartido por un residente en Farmacia Hospitalaria y su tutora.

- Formación teórica: sesión sobre aspectos clave de la elaboración estéril.
- Formación práctica: tres talleres en grupos de 3-4 alumnos, simulando condiciones de esterilidad, con material fungible:
  1. Preparación del entorno y vestimenta estéril.
  2. Elaboración y control de calidad de colirios e infusores de antibióticos.
  3. Elaboración y resolución de dudas de enfermería sobre un tratamiento individualizado.

Los resultados del PF fueron evaluados siguiendo el Modelo Kirkpatrick mediante:

- Encuesta de satisfacción anonimizada (nivel 1 Kirkpatrick) valorando del 1 al 5 en la escala Likert (1: nada útil - 5: muy útil) la formación según varios parámetros. Se preguntó sobre la satisfacción global con la formación y si recomendarían la impartición del PF a posteriores promociones.
- Examen de conocimientos (Nivel 2 Kirkpatrick) de trece preguntas test realizado antes y después de la impartición del PF.

Los resultados se recogieron mediante Google Forms. Los datos se exportaron a Excel para su análisis estadístico descriptivo.

### 4 Resultados

Doce alumnos completaron la formación. La puntuación del examen previo a la formación fue 4,3/13, elevándose hasta 9,5/13 tras su impartición (aumento del 220% en el nivel de conocimientos).

La valoración media en la encuesta fue:

- Utilidad del PF: 4,83/5.
- Claridad de las explicaciones: 4,67/5.
- Equilibrio teoría-práctica: 4,83/5.
- Adecuación de los recursos: 4,83/5.
- Estructura de los talleres: 4,67/5.
- Tiempo dedicado: 4,67/5.
- Impacto en el aprendizaje: 4,67/5.
- Equipo formador: 5/5.

La valoración global del PF fue de 10 sobre 10. El 100% de los alumnos lo recomendarían a futuras promociones.

### 5 Conclusiones

La colaboración tutora-residente permitió implementar un programa formativo altamente valorado en todos los aspectos evaluados, evidenciando su utilidad y el cumplimiento de los objetivos docentes.

## C0080 ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS TUTORES CON LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

**Manuel José Párraga Ramírez**<sup>1</sup>, **Rafael Antonio Pérez Costa**<sup>2</sup>, **Andres Carrillo Alcaráz**<sup>3</sup>, **Maravillas de la Nieves Alcazar Espín**<sup>4</sup>, **Encarnación López López**<sup>5</sup>, **Eva Sanchez Rodriguez**<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Jefe de Estudios Unidad Docente del Hospital Jose María Morales Meseguer, Murcia, España

<sup>2</sup>Unidad de Formación, Urgencias, H Morales Meseguer. Murcia

<sup>3</sup>Médico UCI Jubilado Hospital JM Morales Meseguer. Murcia

<sup>4</sup>UCI. H Morales Meseguer. Murcia. Tutora

<sup>5</sup>Jefe Administrativos U. de Docencia HMM

<sup>6</sup>Administrativa, Unidad de Docencia H Morales Meseguer

### 1 Justificación

La percepción y satisfacción que muestran los Tutores de los MIR es fundamental para mantener y mejorar la calidad de la formación sanitaria especializada.

### 2 Objetivos

Los objetivos del estudio es conocer la opinión que tienen los Tutores sobre las condiciones del hospital para la docencia, el Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD) y sobre diferentes aspectos de la docencia de los servicios clínicos, así como su grado de satisfacción como tutor de forma global.

### 3 Material y métodos

Se ha diseñado una encuesta con 21 ítems sobre conocimiento, valoración y satisfacción del Tutor con la calidad docente de su centro hospitalario y su servicio clínico. Las respuestas eran dicotómicas (SI/NO), escala tipo Likert o puntuación de 0 a 10. Los tutores fueron agrupados según pertenecieran a servicio médico, quirúrgico o central.

Las variables se muestran como numero y porcentajes o mediana (rango intercuartílico). Se realizó una comparación entre variables mediante la aplicación de las pruebas  $\chi^2$  de Pearson y Mann Whitney.

### 4 Resultados

Respondieron el total de tutores. Los resultados mas importantes se muestran en la siguiente tabla:

	Todos (n=69)	Médicos (n=24)	Quirúrgicos (n=17)	Centrales (n=28)	Valor p
Condiciones del hospital para docencia (Excelente/muy buena), n (%)	35 (50,7)	12 (50)	9 (53)	14 (50)	0,329
Conocimiento PGCD, n (%)	53 (76,8)	16 (66,7)	14 (82,4)	23 (82,1)	0,325
Valoración PGCD	8 (7-9)	8 (7-9)	8 (7-9)	9 (7-9)	0,856
Conocimiento Programa Especialidad, n (%)	53 (76,8)	16 (66,7)	14 (82,4)	23 (82,1)	0,345
Satisfacción como Tutor	9 (7-10)	8 (5-9)	9 (7-10)	9 (8-10)	0,518
Supervisión por servicio, n (%)	9 (8-10)	8 (7-9)	9 (6-10)	9 (8-10)	0,535
Valoración Docencia (Excelente/muy buena), n (%)	18 (26,1)	44 (16,7)	4 (23,6)	10 (35,7)	0,582
Valoración Investigación(Excelente/muy buena), n (%)	12 (17,4)	4 (16,7)	3 (17,7)	5 (17,8)	0,971

### 5 Conclusiones

Los tutores del hospital valoran bien su satisfacción como tutor, la calidad del hospital y de los servicios para la docencia. Describen un déficit formativo claro en el brazo investigador. La valoración de los tutores no muestra grandes diferencias dependiendo de la especialidad.

## C0083 EVALUACIÓN ESTRUCTURADA DE LA COMPETENCIA DOCENTE E INVESTIGADORA EN R1: HACIA UN MODELO DE REGISTRO PRÁCTICO Y EFICAZ

Gemma Prieto de Lamo<sup>1</sup>, Julio César Santos Pastor<sup>2</sup>, Gaisha Danabayeva<sup>3</sup>, Inmaculada González Prada<sup>4</sup>, Alvaro Moran Bayón<sup>5</sup>, Paloma Burgos Diez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Jefe de Estudios UDM AFyC Ávila

<sup>2</sup>Jefe de estudios UDM AFyC de Segovia

<sup>3</sup>Jefe de estudios UDM AFyC de Zamora

<sup>4</sup>Jefe de estudios UDM AFyC Burgos

<sup>5</sup>Jefe de estudios UDM AFyC Salamanca

<sup>6</sup>Jefa de Servicio de Formación y Evaluación de Especialidades Sanitarias. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

### 1 Justificación

El programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) reconoce la docencia y la investigación como competencias transversales clave desde el inicio del proceso formativo. Sin embargo, en los primeros años de residencia, estas áreas suelen quedar poco estructuradas, con escasos mecanismos formales de registro y evaluación. Es necesario avanzar hacia herramientas que visibilicen el desarrollo progresivo de estas competencias, fomenten la implicación activa del residente y permitan una evaluación formativa basada en la retroalimentación tutorizada. Integrar de forma sistemática la docencia y la investigación en la práctica del residente no solo mejora su desarrollo profesional, sino que también fortalece su papel como generador y transmisor de conocimiento en el ámbito de atención primaria (AP).

### 2 Objetivos

- Consensuar y diseñar un modelo de registro formativo estructurado que permita documentar de manera sistemática la participación de los R1 de MFyC en actividades docentes e investigadoras, garantizando su trazabilidad y seguimiento.
- Implementar herramientas prácticas de recogida de información que faciliten al residente registrar su implicación en tareas de docencia e investigación, promoviendo la toma de conciencia sobre su desarrollo competencial y facilitando la retroalimentación tutorizada.

### 3 Material y métodos

- Reuniones semanales de los jefes de estudios de las UDMAFyC de Castilla y León para establecer las actividades docentes e investigadores que deben realizar y registrar los R1.
- El modelo propuesto está en consonancia con las competencias específicas para los R1: patología cardiovascular (CV), digestiva, respiratoria y urgente.

### 4 Resultados

- Se ha establecido para el R1 4 sesiones clínicas (3 sobre patología CV, digestiva o respiratoria y 1 sobre patología urgente de AP u hospital).
- Se consensua que el R1 realice una comunicación tipo poster u oral sobre patología CV, digestiva, respiratoria o urgente.
- Evaluación y trazabilidad: ambas actividades deberán registrarse en el libro del residente, como parte del proceso de evaluación formativa tutorizada.

### 5 Conclusiones

- Es fundamental que, desde el inicio de la residencia, la docencia y la investigación se reconozcan como competencias transversales esenciales dentro del proceso formativo.
- El **registro estructurado de estas actividades** permite visibilizar su desarrollo, facilita la retroalimentación con el tutor y fortalece el papel del residente como profesional activo en la generación y transmisión del conocimiento.

## C0088 FORMACIÓN PARA RESIDENTES EN PRESCRIPCIÓN PRUDENTE DE ANTIBIÓTICOS Y PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS.

**MAIALEN BERRIDI BERRIDI AGIRRE<sup>1</sup>, MIRIAM ALKORTA GURRUTXAGA<sup>2</sup>, MUSKILDA GOYENECHE DEL RIO<sup>3</sup>, EULALI MARIÑELARENA MAÑERU<sup>4</sup>, JUAN CARLOS ARBONIES ORTIZ<sup>5</sup>, OLGA AMONARRAIZ YEREGUI<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE GIPUZKOA

<sup>2</sup>SERVICIO MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

<sup>3</sup>UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA GIPUZKOA, DONOSTIA, España

<sup>4</sup>UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA GIPUZKOA, DONOSTIA, España

<sup>5</sup>UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA GIPUZKOA, DONOSTIA, España

<sup>6</sup>UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA GIPUZKOA, DONOSTIA, España

### 1 Justificación

La formación en el uso adecuado de los antibióticos es una herramienta clave en la lucha contra las resistencias antimicrobianas. Dos iniciativas en este ámbito son el **PRAN** (Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos) y los **PROA** (Programas de Optimización del Uso de los Antibióticos).

### 2 Objetivos

El propósito del curso consiste en otorgar un espacio de aprendizaje dinámico, práctico y reflexivo para residentes de medicina familiar y comunitaria, donde adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar una prescripción empírica adecuada y prudente.

### 3 Material y métodos

Se han impartido 2 talleres anuales (2021-2024) a 140 MIRFYC en grupos de 15 personas.

Previo al taller se realizó un cuestionario auto administrado para fomentar la reflexión sobre las ideas clave y analizar el nivel de conocimiento de las discentes.

El taller impartido por la Unidad Docente y una microbióloga fue expositivo y participativo mediante casos clínicos y dinámicas de juego (Kahoot). Se realizaron exposiciones cortas, incluyendo la reflexión realizada por las discentes. Se trabajaron casos clínicos y añadieron 'píldoras teóricas' de forma 'oportunista' durante el curso.

### 4 Resultados

Según las encuestas realizadas, el primer año de formación (2021) sólo el 18,2% de los residentes conocían lo que era el PRAN y un 27% lo que eran los programas PROA, frente al 31% y 45% respectivamente el año 2024. Durante los 4 años, más del 86% de los encuestados estarían dispuestos a realizar auditorías sobre su prescripción. A la pregunta sobre en qué basan su prescripción antibiótica, el año 2021 la opción más elegidas fueron los libros de texto (76%) frente al 44-48% los últimos años. El uso de guías locales fue <20% en todos los años.

Las encuestas de satisfacción posteriores al curso daban una valoración media de 8,76 (0-10). Consideraban los conocimientos adquiridos muy aplicables para la práctica clínica diaria, siendo especialmente adecuado el haber trabajado a través de casos clínicos.

### 5 Conclusiones

El conocimiento sobre el uso prudente de antibióticos crece entre nuestros residentes incluso antes de recibir la formación. Se constata una alta satisfacción a lo recibido en el taller especialmente aplicable a mejorar la prescripción antibiótica en su actividad diaria.

## C0095 LA DEONTOLOGÍA MÉDICA EN LA FORMACIÓN, UN COMPROMISO MÁS ALLÁ DE LA FORMACIÓN EN DEONTOLOGÍA MÉDICA

**José Vicente LAFUENTE SANCHEZ<sup>1</sup>, Crescente Martínez<sup>2</sup>, Izaskun Elortegui<sup>3</sup>, Javier Díaz<sup>4</sup>, Begoña Guirbau<sup>5</sup>, Isabel López-Abadía<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>UPV-EHU, Bº Sarriena s/n, Leioa, España

<sup>2</sup>Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia

<sup>3</sup>Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia

<sup>4</sup>Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia

<sup>5</sup>Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia

<sup>6</sup>Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia

### **1 Justificación**

La obligación y la devoción por enseñar es parte consustancial del profesional de la medicina, está en la esencia de la profesión, recogida ya por el juramento Hipocrático

### **2 Objetivos**

En la presente comunicación buscamos como es el compromiso ético de nuestra profesión con la excelencia en la enseñanza de la misma.

### **3 Material y métodos**

Con este objetivo llevamos a cabo una lectura crítica del articulado del Código de Deontología Médica y planteamos a partir de ella una reflexión argumentada sobre una serie de artículos.

### **4 Resultados**

Mientras que los artículos 77.2 y 78.1 sustentan de forma manifiesta la necesidad y obligación de la “Docencia en Deontología” en los diferentes niveles formativos, nada encontramos tan directo sobre el comportamiento esperado que debe tener el profesional de la medicina respecto a su actividad docente, más allá de lo recogido en el artículo 78.2. Recapacitamos sobre los artículos 6.1, 6.2 y 6.3 que sustentan la docencia como un “acto médico” lo cual en consecuencia nos obliga a velar por su calidad y eficiencia en la misma medida que lo hacemos en otros ámbitos de nuestro quehacer.

### **5 Conclusiones**

El artículo 77.1 habla sobre la formación médica continuada como un deber deontológico tanto en el papel discente como en el docente.

## C0097 GUARDIAS DE 24 HORAS EN MICROBIOLOGÍA CLÍNICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: IMPACTO ASISTENCIAL, ORGANIZATIVO Y FORMATIVO (ABRIL-JULIO 2025)

**Ramón Pérez Tanoira<sup>1</sup>, Adriana Carolina Rojas Díaz<sup>2</sup>, Verónica Alexandra Robles Curvelo<sup>3</sup>, Gema Sánchez de Luis<sup>4</sup>, Harold Alfredo Bermúdez Marval<sup>5</sup>, Carlos García Bertolín<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias , Alcalá de Henares, España

<sup>2</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España

<sup>3</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España

<sup>4</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España

<sup>5</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España

<sup>6</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España

### **1 Justificación**

Las guardias de Microbiología clínica son esenciales para la gestión inmejorable de recursos hospitalarios y la formación sanitaria especializada.

### **2 Objetivos**

Analizar cuantitativamente la actividad asistencial durante las guardias del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, centro público con 507 camas, ubicado en Alcalá de Henares, entre abril y julio de 2025.

### **3 Material y métodos**

Se revisaron los registros de actividad durante este periodo, recogiendo datos sobre pruebas procesadas, gestión urgente de aislamientos y camas en Urgencias, diagnósticos críticos, bacteriemias confirmadas y consultas clínicas.

### **4 Resultados**

- Se analizaron 1.327 muestras respiratorias (PCR de SARS-CoV-2, gripe, VRS, adenovirus), con una media de 31 por guardia, agilizando la detección precoz y la gestión de aislamientos en Urgencias.
- Diagnóstico urgente y enfermedades importadas: se realizaron 49 diagnósticos urgentes en menos de 4 horas, incluyendo 7 casos positivos de malaria y varios diagnósticos críticos para meningitis y encefalitis, permitiendo iniciar terapias dirigidas oportunamente, mejorando el pronóstico clínico.
- Bacteriemias: durante las guardias, se identificaron e informaron 34 bacteriemias significativas (31,7% del total), con ajuste del tratamiento empírico en 22 casos (64,7%), dentro de las primeras 24 horas, fundamental en paciente sépticos donde el retraso aumenta la mortalidad.
- Gestión de camas y aislamientos en Urgencias: el diagnóstico rápido minimizó bloqueos de camas en Urgencias y evitó aislamientos innecesarios o prolongados de pacientes ingresados, optimizando así el flujo hospitalario.
- Colaboración clínica y multifuncionalidad: se atendieron 114 consultas clínicas y e-consultas, apoyando UCI, Urgencias, Pediatría, y se resolvieron 19 incidencias técnicas que afectaban la agilidad diagnóstica y organización hospitalaria.
- Atención continuada y formación: cobertura 24 horas, garantizando atención ininterrumpida y respuesta rápida ante incidencias o diagnósticos urgentes. Los residentes participaron activamente, fortaleciendo su formación práctica y competencias, con experiencia en gestión de casos complejos y toma de decisiones críticas en tiempo real.

### **5 Conclusiones**

La actividad desarrollada en las guardias de Microbiología ha sido clave para la gestión rápida de infecciones graves, optimizando recursos y mejorando la asistencia en Urgencias. La detección precoz y el soporte clínico y docente consolidan la relevancia del servicio de guardias en la atención especializada en Microbiología.

## C0103 EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO IMPARTIDA ONLINE A RESIDENTES

*Leire Guajardo Omaechevarria<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Sol Díaz González<sup>2</sup>, Maite Paino Ortuzar<sup>3</sup>, Iker Ormaetxea Saenz<sup>4</sup>, Maialen Koro Berridi Agirre<sup>5</sup>, María Idoia Uriarte Zarrabeitia<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>*Subdirección para la coordinación de atención primaria, osakidetza, vitoria, España*

<sup>2</sup>*Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España*

<sup>3</sup>*Subdirección para la Coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España.*

<sup>4</sup>*Servicio Corporativo de Formación. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España.*

<sup>5</sup>*Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Gipuzkoa. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, San Sebastián, España.*

<sup>6</sup>*Servicio Corporativo de Formación. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España.*

### **1 Justificación**

La VG es un problema de salud pública y se debe formar a los profesionales de la salud en este ámbito, incluidos a residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria.

En 2023, en nuestra comunidad, se han realizado 2 ediciones de un curso online de 45 horas dirigido a residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria titulado “Abordaje de la violencia de género para profesionales” en la plataforma corporativa de formación, en euskera y en castellano. Consta de 5 módulos con ejercicios prácticos y es tutorizado por una persona que dinamiza y corrige los ejercicios planteados. 200 personas se inscribieron en el curso y 125 lo aprobaron. Al finalizar el curso, cada participante debía llenar una encuesta de satisfacción.

### **2 Objetivos**

Recoger y analizar las encuestas de los participantes para valorar la satisfacción de los participantes con la formación recibida. Valorar y reflexionar sobre la incorporación de futuras posibles mejoras.

### **3 Material y métodos**

Estudio de los resultados de las encuestas de satisfacción recibidas tras la finalización del curso por parte de los participantes. Recopilación de sugerencias y mejoras aportadas por los participantes.

### **4 Resultados**

La puntuación media de satisfacción con el curso en las encuestas recibidas es de 7,55. Destaca como puntuación más alta en los resultados de la encuesta el apartado de aplicabilidad. Entre los aspectos positivos destacados por los alumnos/as aparecen la utilidad de lo aprendido en el curso en el día a día de la consulta y el caso práctico simulado. Entre los aspectos negativos, se destaca la petición de que haya más casos clínicos en cursos futuros, que el contenido teórico sea más dinámico y que pueda haber un espacio presencial o virtual donde se pueda generar debate e interacción más allá de los foros.

### **5 Conclusiones**

La formación en violencia de género es esencial. Es valorada positivamente por ellos por la utilidad que le pueden dar en la consulta. Para cursos futuros, nos planteamos incorporar más casos clínicos, que el formato de la parte teórica sea más visual y plantear espacios como un webinar donde se pueda fomentar la participación e interacción.

## C0106 CÓMO ENSEÑAR VIOLENCIA DE GÉNERO (VG) A RESIDENTES DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA (AFYC): DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.

*Leire Guajardo Omaechevarria<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Sol Díaz González<sup>2</sup>, Maite Paino Ortuzar<sup>3</sup>, Iker Ormaetxea Saenz<sup>4</sup>, Maialen Koro Berridi Agirre<sup>5</sup>, Izaskun Elortegi Kaiero<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>Subdirección para la coordinación de atención primaria, osakidetza, vitoria, España

<sup>2</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España.

<sup>3</sup>Subdirección para la Coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España.

<sup>4</sup>Servicio Corporativo de Formación. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España.

<sup>5</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Gipuzkoa. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, San Sebastián, España.

<sup>6</sup>Red Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España.

### **1 Justificación**

La violencia de género (VG) es un grave problema de salud pública. La OMS reporta una prevalencia global del 30%, mientras que una encuesta de 2024 en Euskadi revela que el 48,2% de las mujeres entre 16 y 85 años (aproximadamente 449.295) ha sufrido algún tipo de violencia. La VG impacta severamente la salud física y mental de las víctimas y sus hijos e hijas. El sistema sanitario es crucial para su detección y abordaje. Aunque existe una guía común, puede ser poco conocida y debe integrarse en la formación de grado y posgrado. El Pacto de Estado contra la VG exige formar al personal sanitario, incluidos los MIR/EIR de AFyC. Ante la detección de la falta de conocimiento en residentes, se implementó un curso electivo obligatorio en las Unidades Docentes para mejorar competencias mediante la plataforma de formación corporativa.

### **2 Objetivos**

Diseñar y ofrecer un curso que proporcione una visión general de la VG, centrándose en su relación con la salud y el papel del sistema sanitario en su respuesta.

### **3 Material y métodos**

Curso estructurado en 5 módulos (45 horas), con vídeos, lecturas y tutorías online:

Módulos 1 y 2: Conceptualización de la VG, conexión con la salud. Definición, tipos, causas y consecuencias.

Módulo 3: Explicaciones teóricas, definiciones y evolución de las respuestas institucionales a la VG.

Módulo 4: Respuestas sanitarias a la VG (perspectiva internacional y nacional). Identificación de signos y síntomas, estrategias de búsqueda activa (simulación clínica interactiva), abordaje de la víctima y sus hijos/as en consulta.

Módulo 5: Marco legal, recursos e interseccionalidad.

El curso incluyó tutorías con tutores/as de residentes y foros temáticos para participación y ampliación de conocimientos.

### **4 Resultados**

La actividad formativa impulsada desde la UUDD de Familia y Comunitaria (FyC) de Euskadi permitió articular la formación continuada en VG, promover el desarrollo profesional y generar nuevas iniciativas para difundir conocimientos en esta área.

### **5 Conclusiones**

Osakidetza, a través de esta formación específica para residentes de AFyC, se posiciona como un centro comprometido con la formación de posgrado en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) en la lucha contra la violencia de género.

## C0122 DEL TUTOR AL MENTOR: ROMPIENDO LA LÓGICA VERTICAL DE LA FORMACIÓN.

*Juan José De Frutos Guijarro<sup>1</sup>, Ana Isabel Castaño Fernández<sup>2</sup>, María Luz Pradana Carrión<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Servicio de Psiquiatría, Hospital Can Misses, Eivissa, España*

<sup>2</sup>*Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental de las Islas Baleares.*

<sup>3</sup>*Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental de las Islas Baleares.*

### **1 Justificación**

En el ámbito de la formación sanitaria especializada, la capacitación de residentes suele organizarse desde una lógica vertical y unidisciplinar, centrada en los contenidos clínicos específicos de cada especialidad. Sin embargo, cada vez cobra más relevancia la integración de competencias transversales como la comunicación, la ética profesional, la gestión emocional o la autorreflexión, comunes a todas las disciplinas sanitarias. Desde un enfoque pedagógico constructivista, en línea con modelos como el CanMEDS o el aprendizaje autodirigido de Knowles, se plantea la necesidad de explorar nuevas formas de acompañamiento formativo basadas en la colaboración interprofesional.

### **2 Objetivos**

Presentar el proyecto de diseño e implementación de espacios de mentorización transversal, no determinados por la especialidad del residente y que incluyan a profesionales de los diferentes programas formativos de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (enfermería de salud mental, psicología clínica, psiquiatría y psiquiatría de la infancia y la adolescencia).

### **3 Material y métodos**

Se parte del análisis de experiencias ya existentes en la unidad docente, como las supervisiones clínicas compartidas y los grupos Balint, en los que participan residentes de distintas especialidades bajo la coordinación de profesionales de disciplinas diversas. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre este tema. Con estos datos se proponen nuevas modalidades de encuentro: talleres interdisciplinares sobre dilemas éticos, círculos de diálogo tutorial, análisis conjunto de incidentes críticos y foros docentes multiprofesionales. La evaluación de estos espacios se basará en la observación participante y la recogida de impresiones a través de dinámicas grupales.

### **4 Resultados**

Este trabajo está en fase de diseño e implementación.

### **5 Conclusiones**

La tutorización transversal en unidades docentes multiprofesionales se perfila como una estrategia prometedora para enriquecer la experiencia formativa tanto de profesionales en formación como de aquellos con experiencia. Su aplicación en el contexto de la salud mental permitirá abordar aspectos compartidos del ejercicio clínico y docente, potenciando el trabajo en red, la reflexión conjunta y la construcción de una identidad profesional más integrada.

## C0132 RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA NUEVA ESPECIALIDAD MÉDICA: PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA EN LA PROVINCIA DE GIPUZKOA

**Begoña Antúnez María<sup>1</sup>, Silvia Aróstegui Uranga<sup>2</sup>, Saioa Yurrita Montesinos<sup>3</sup>, Ana M<sup>a</sup> Sánchez Alías<sup>4</sup>, Marta Estibariz Milla<sup>5</sup>, Laura Barbadillo Izquierdo<sup>6</sup>, Elena de Paul Tobajas<sup>7</sup>, Elena Legarreta Dorronsoro<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Donostia.

<sup>2</sup>Jefa de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Donostia.

<sup>3</sup>Coordinadora de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental. Hospital Universitario Donostia.

<sup>4</sup>Psicóloga clínica de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Donostia.

<sup>5</sup>Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría y Unidad de Transición Hospitalaria. Hospital Universitario Donostia.

<sup>6</sup>Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Donostia.

<sup>7</sup>Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Donostia.

<sup>8</sup>Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Donostia.

### 1 Justificación

La implantación de una nueva especialidad como es la Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (PIYA) representa una iniciativa significativa que busca abordar las necesidades de salud mental de niños y adolescentes guipuzcoanos con mayores garantías. Este proceso enfrenta una serie de retos y ofrece numerosas oportunidades que deben ser cuidadosamente consideradas.

### 2 Objetivos

El objetivo principal es realizar una descripción de las Dificultades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades encontradas en la creación de esta nueva especialidad en Gipuzkoa.

### 3 Material y métodos

Se analiza la situación de los menores usuarios del sistema sanitario público en el área de salud mental, así como la formación y situación de los profesionales que nos dedicamos a ello. Se realiza un análisis sobre la situación real encontrada en coordinación con la Unidad de Docencia Hospitalaria y también con la Unidad Docente Multidisciplinar en Salud Mental en la provincia.

### 4 Resultados

Son diversos los retos a los que nos enfrentamos, entre ellos la falta de profesionales y de infraestructura, la estigmatización y las barreras idiomáticas y culturales, la necesidad de coordinación interinstitucional, así como las diversas orientaciones con las que se comprende y ejerce la psiquiatría infanto-juvenil en esta provincia. Por otro lado, entre las oportunidades destacamos la mejoría en la atención a la salud mental de niños y adolescentes, la formación especializada y desarrollo profesional, la coordinación e integración de los diversos equipos, así como la posible mejora en investigación e innovación, siendo la principal fortaleza el trabajo conjunto y coordinado por parte de los profesionales sanitarios.

### 5 Conclusiones

La implantación de la nueva especialidad de Psiquiatría de la Infancia Y de la Adolescencia en Gipuzkoa es una iniciativa ambiciosa, llena de retos y oportunidades. Superar los obstáculos requiere una planificación cuidadosa, inversión en recursos y una colaboración estrecha entre las distintas entidades. Sin embargo, las oportunidades que presenta, desde la mejora en la salud mental de los jóvenes hasta la promoción de la investigación y el trabajo conjunto, justifican plenamente el esfuerzo. Esta especialidad tiene el potencial de transformar la atención sanitaria a los menores en la provincia y sentar un precedente para otras áreas.

## C0133 ROTACIÓN A LAS PALMAS... Y TORMENTA EN BARCELONA. NARRATIVA TIPO RASHOMON EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

**José Luis Vallina Pérez<sup>1</sup>, Carme Ferrando López<sup>2</sup>, Pablo Huerta Jiménez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ABS Ribes-Olivella, Sant Pere de Ribes, España

<sup>2</sup>ABS Ribes-Olivella

<sup>3</sup>ABS Ribes-Olivella

### **1 Justificación**

Un residente solicita una rotación externa en Cuidados Paliativos. No cumple todos los requisitos pero consigue el visto bueno de su tutor. Esta decisión genera un conflicto con otro residente.

### **2 Objetivos**

A partir de un relato coral pero más allá de los hechos se pone en juego la legitimidad de las decisiones formativas, revelando desafíos éticos, normativos y emocionales.

### **3 Material y métodos**

Inspirado en la narrativa de Rashomon se reconstruye un conflicto real desde cuatro puntos de vista.

### **4 Resultados**

“He trabajado duro, he sido resolutivo con los pacientes y he demostrado iniciativa. Puede que no haya completado todos los cursos obligatorios, pero ¿acaso la formación no debería ser flexible y adaptada a los intereses del residente? Cuando hablé con mi tutor entendió mi y lo convencí. Creo que a veces se penaliza más ser carismático que ser negligente.”

“Llevo muchos años tutorizando. Sé distinguir entre falta de interés y aprendizaje no convencional. Este residente tiene lagunas pero también un potencial enorme si se le canaliza bien. ¿Por qué negarle una oportunidad que puede motivarlo y centrarlo? No podemos aplicar el reglamento como una receta genérica. Mi objetivo es formarlo, no castigarlo. Y preferí confiar.”

“El año pasado pedí una rotación externa. Me dijeron que no cumplía los requisitos. Lo acepté porque creí en las normas. Ahora veo que a otro, con incluso menos méritos, le dan vía libre porque ‘cae bien’. No es justo. Y lo peor es que nadie parece querer verlo. ¿De qué sirve el esfuerzo si al final se premia el encanto y no el compromiso?”

“Ya hay polarización. Veo a un residente ilusionado pero despreocupado por las normas; a un tutor bienintencionado pero permisivo; y a un compañero dolido con razón. Como jefa debo garantizar que se respeten los criterios sin desincentivar. Se permitirá la rotación, pero con condiciones: completar los requisitos en un plazo determinado.”

### **5 Conclusiones**

Este caso plantea preguntas clave sobre el equilibrio entre flexibilidad y equidad en la formación sanitaria especializada. La narrativa múltiple permite visibilizar cómo la verdad y la justicia pueden percibirse de forma distinta según el rol, la experiencia y las emociones de cada implicado.

## C0136 ROTACIÓN A LAS PALMAS...Y TORMENTA EN BARCELONA. NARRATIVA TIPO RASHOMON EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

José Luis Vallina Pérez<sup>1</sup>, Lluisa Calvet Valera<sup>2</sup>, Carme Ferrando López<sup>3</sup>, Pablo Huerta Jimenez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ABS Ribes-Olivella, Sant Pere de Ribes, España

<sup>2</sup>ABS Roquetes-Canyelles, Sant Pere de Ribes, España

<sup>3</sup>ABS Ribes-Olivella, Sant Pere de Ribes, España

<sup>4</sup>ABS Ribes-Olivella, Sant Pere de Ribes España

### 1 Justificación

La evaluación de residentes médicos en atención primaria es un proceso crítico para garantizar competencias clínicas, éticas y profesionales. Sin embargo, la tendencia de algunos tutores a otorgar calificaciones positivas generalizadas puede generar percepciones de injusticia y agravio comparativo entre los residentes, dificultando la discriminación entre quienes destacan realmente y quienes requieren apoyo adicional. Reflexionar sobre estas dinámicas es esencial para mejorar la calidad formativa y la equidad en la evaluación.

### 2 Objetivos

Explorar, mediante la narrativa coral, las distintas percepciones de la evaluación de residentes y generar conciencia sobre la importancia de un feedback riguroso, justo y formativo que reconozca fortalezas y áreas de mejora.

### 3 Material y métodos

Se desarrolló un relato basado en la estructura narrativa tipo *Rashomon*, presentando tres perspectivas sobre un mismo evento de evaluación. Cada narrador describe sus emociones, decisiones y percepciones, permitiendo explorar la complejidad y contradicciones de la experiencia formativa.

### 4 Resultados

1. La voz del residente evaluado: Cuando recibí la evaluación, me sorprendió gratamente: todas las notas eran altas. Sonréí y sentí alivio; pensé que mis esfuerzos eran reconocidos y que, efectivamente, estaba aprendiendo y progresando. No me cuestioné si debía mejorar en algunos aspectos: simplemente me sentí satisfecho, con la sensación de que estaba en el camino correcto.

2. La voz del tutor tolerante: En la evaluación puse notas altas. Quizá demasiado altas. No lo hice por ignorancia, sino por convicción: quiero mantener su motivación, quiero que se sienta seguro para afrontar situaciones complejas. Sé que esto puede crear percepciones injustas, pero la intención es formativa, proteger la confianza y guiar, no castigar.

3. La voz del residente compañero: Durante la reunión de feedback cuando vi cómo mi compañero recibía elogios, sentí frustración. No cuestiono su esfuerzo, pero observo un patrón: recibe generosidad donde yo debo ganarme cada nota con precisión y rigor. Cada palabra de nuestro tutor resonó como una injusticia silenciosa.

### 5 Conclusiones

Cada narrador muestra su verdad. El residente ve seguridad y reconocimiento; el tutor ve protección y motivación; el compañero percibe injusticia y desigualdad.

¿QUÉ VES TU?

La evaluación de residentes es un espejo de nuestra ética y nuestra responsabilidad profesional.

## C0137 DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE APRENDIZAJE Y DEL ÍNDICE DE FLEXIBILIDAD EN RESIDENTES R1 DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO 2010-2024

José Luis Vallina Pérez<sup>1</sup>, Lluisa Calvet Valera<sup>2</sup>, Carme Ferrando López<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ABS Ribes-Olivella, Sant Pere de Ribes, España

<sup>2</sup>ABS Roquetes-Canyelles. Sant Pere de Ribes. España.

<sup>3</sup>ABS Ribes-Olivella. Sant Pere de Ribes. España.

### 1 Justificación

La formación MIR busca desarrollar aprendizaje autorregulado y adaptable.

La residencia de Medicina Familiar y Comunitaria requiere que los médicos aprendan a integrar conocimiento teórico, experiencia clínica y habilidades interpersonales en entornos diversos. El modelo Honey-Alonso permite perfilar preferencias de aprendizaje en cuatro dimensiones (Activo, Reflexivo, Teórico, Pragmático). Conocer y evaluar la distribución al inicio de la residencia permite identificar necesidades formativas, orientar estrategias docentes y de tutoría y diseñar intervenciones que fomenten la flexibilidad cognitiva necesaria en Atención Primaria.

### 2 Objetivos

Describir la distribución de estilos de aprendizaje (CHAEA: Activo, Reflexivo, Teórico, Pragmático) y el índice de flexibilidad (F) en residentes de primer año (R1) de dos Áreas Básicas de Salud (cohortes 2010-2024).

Explorar cobertura de estilos en situaciones clínicas mediante viñetas y la percepción inicial del tutor (IOF).

### 3 Material y métodos

Estudio transversal descriptivo. Población: 4 residentes/año (2 por ABS x 2 ABS), 2010-2024 (n=60). Instrumentos: CHAEA (subescalas 0-20), 12 viñetas situacionales (elección A/R/T/P), cálculo del índice  $F = 1 - \sum p_i^2$ , y valoración tutor (IOF 1-5). Análisis: estadística descriptiva (medias, frecuencias, IC) y gráficos (distribuciones y boxplots).

### 4 Resultados

n=60, 80% mujeres; 35% extranjeros; edad media 29,3 años. Estilos dominantes: Reflexivo 27% (n=16), Pragmático 22% (n=13), Teórico 15% (n=9), Activo 7% (n=4); 23% sin dominio claro.

El 82% (n=49) superó el umbral arbitrario de flexibilidad ( $F \geq 0.50$ ).

Las respuestas a viñetas mostraron alta adecuación práctica (media  $\approx 0.7-0.85$ ).

IOF se correlacionó positivamente con F.

### 5 Conclusiones

El estudio sugiere que muchos residentes de MFyC inician su formación con una inclinación reflexiva/pragmática y con buena plasticidad cognitiva, lo que favorece estrategias docentes centradas en el aprendizaje experiencial y la práctica reflexiva. Los resultados permitirán diseñar tutorías y actividades que potencien la alternancia de estilos según el contexto. Se considerará una fase longitudinal para medir cambios intraindividuales.