

Libro de resúmenes

2024

20 e 21 de xuño

III CONGRESO

DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

Abrindo horizontes, superando barreiras



III CONGRESO GALEGO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA "ABRINDO HORIZONTES, SUPERANDO BARREIRAS"

Datas: 20 e 21 de xuño de 2024

Prazas: 200

Prazo inscrición: ata o 31 maio

Solicitada acreditación ao Sistema Acreditador da Formación Continuada da
Comunidade Autónoma de Galicia

Modalidade: presencial (mesas e conferencias en streaming)

Secretaría técnica:

TREVISANI

Comité organizador:

Rede de Comisións de Docencia de Galicia – REDEGA

Índice

01 Comité científico, organizador e colaboradores

02 Prólogo

03 Programa

04 Comunicaci3ns

05 Comunicaci3ns modalidade oral

06 Premios comunicaci3ns modalidade oral

06 Comunicaci3ns modalidade póster

06 Premios comunicaci3ns modalidade póster

04 Conclusi3ns

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

- María Luisa Fraga Sampedro
- Tamara López Cela
- Iria López Curbeira (EIR EFeC)
- Cruz Sabio Teijeiro
- Patricia Torres Álvarez
- Rocío Vílchez Simó
- María Consuelo Carballal Balsa

PRESIDENTE

- Ramón López de los Reyes

COMITÉ CIENTÍFICO

- César Castro Pita
- Ana Echarri Piúdo
- Uxía Gutiérrez Couto
- Nuria Olivier Pascual
- José María Rumbo Prieto
- Laura Taboada Paz
- Cristina Tejera Pérez
- Carolina Aneiros Suárez

Prólogo

A Área Sanitaria de Ferrol tivo a honra de celebrar este 2024 o III Congreso de Formación Sanitaria Especializada, os días 20 e 21 de xuño, baixo o lema "Abrindo horizontes, superando barreiras".

Comprácenos presentarvos este resumo no que se recollen os contidos presentados durante o congreso, co obxectivo de conservalos e difundilos.

Desexamos que resulte un documento útil tanto para as persoas que asistiron como para as que non.

Non dubidamos da utilidade da celebración destas xornadas como punto de encontro e intercambio de ideas e comunicación de todos aqueles temas que nos preocupan e nos resultan comúns. Ademais, consideramos que esta é unha forma de actualizar e intercambiar coñecementos; sen obviar a parte lúdica festiva que nos axuda a estreitar lazos, confraternizar e desfrutar xuntos.

Quero aproveitar para agradecer aos Comités Organizador e Científico o esforzo, a ilusión e a implicación no seu traballo, así como a todos aqueles que teñen colaborado para conseguir que todo saíse adiante, secretaría técnica, asistentes, poñentes, Concello de Ferrol, empresas colaboradoras, etc. Grazas a todos polo voso compromiso e contribución.

Pasamos a testemuña do IV Congreso a Área Sanitaria de Ourense para seguir mantendo viva a docencia e a formación sanitaria especializada.

Asdo.: Ramón López de los Reyes
Xefe de Estudos da Unidade de Docencia
da Área Sanitaria de Ferrol

Programa

Xoves, 20 de xuño

HOSPITAL NAVAL

10.00-10.30 Recollida de documentación. **Salón de actos (andar 0)**

Talleres precongreso

Aulas de simulación (andar 4)

10.30-12.30 Taller 1: Instrutores simulación

- Eulalia Vives Rodríguez (Médica especialista en Cirurxía Xeral e Aparello Dixestivo)
- Francisco Rascado Sedes (Médico de Urxencias Hospitalarias do CHUAC)

10.30-12.30 Taller 2: O grupo como ferramenta de traballo

- Consuelo Carballal Balsa (Enfermeira especialista en Saúde Mental do Hospital de Día de Psiquiatría do CHUF)

12.30-14.30 Taller 3: Como manexar o desgaste titorial e a xestión de conflitos

- Marta Salazar Portero (CEO de New Thinking Company. Coach directora e instrutora)

12.30-14.30 Taller 4: O "escape room" da especialidade

- Petar Plamenov Dipchikov (Médico de Urxencias Hospitalarias do CHUF)
- Karina Collazo García (Médica de Urxencias Hospitalarias do CHUF)

14.30-15.30 Comida de traballo na contorna das aulas de simulación (andar 4)

15.30-16.30 Foros simultáneos

Foro de titores

Aula médica de simulación (andar 4)

Moderadoras

- Laura Ameneiro Romero (Médica especialista en Traumatoloxía do CHUF)
- M^a Jesús López Pérez (Médica de familia do Centro de Saúde de Neda. Área Sanitaria de Ferrol)

Foro de residentes

Aula de formación simulación (andar 4)

Moderadoras

- Diana Rivera Castillo (MIR de Aparello Dixestivo no CHUF)
- Iria López Curbeira (EIR de Enfermaría Familiar e Comunitaria. Área Sanitaria de Ferrol)

Foro de presidentas de Subcomisións de Enfermaría

Aula de innovación (andar 2)

Moderadoras

- M^a Luisa Fraga Sampedro (Presidenta da Subcomisión de Docencia de Enfermaría. Área Sanitaria de Ferrol)
- Patricia Torres Álvarez (Enfermeira especialista de EFeC do Centro de Saúde de Narón. Área Sanitaria de Ferrol)

Foro de xefes de estudo, técnicos, cargos directivos e responsables autonómicos

Salón de actos (andar 0)

Moderadoras

- Ramón López de los Reyes (Xefe de estudos do CHUF. Área Sanitaria de Ferrol)
- Tamara López Cela (Xefa de estudos UDM AFeC. Área Sanitaria de Ferrol)

Foro de secretarias

Aula de informática (andar 0)

Moderadora

- Cruz Sabio Teijeiro (Secretaria da Unidade de Docencia da Área Sanitaria de Ferrol)

Foro de colaboradores docentes

Aula cirúrxica de formación simulación (andar 4)

Dirixen

- M^a del Portal González Lorenzo (Médica de Familia do Consultorio do Val. Área Sanitaria de Ferrol)
- Natalia Pérez Martínez (Matrona do Centro de Saúde de Neda. Área Sanitaria de Ferrol)

16.30-17.00 Traslado ao Hospital Arquitecto Marcide en ruta saudable (intercentros)

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

16.30-17.00 Recollida de documentación. **Salón de actos (planta 0)**

17.00-18.30 Mesas simultáneas

Mesa 1 **Salón de actos (andar 0)**

A supervisión do MIR na área de urxencias: buscando o consenso galego

Ponentes

- Petar Plamenov Dipchikov (CHUF)
- Ricardo Calvo López (CHUAC)
- Beatriz Martínez Barriera (CHUS)
- Rafael Bouza Rey (CHOP)
- Inés López Fernández (HULA)
- Pablo Iago Pérez Antolín (CHOU)
- Eva María Sánchez Seijo (POVISA)
- Marta Mariño Martínez (CHUVI)

Moderador

- Petar Plamenov Dipchikov (CHUF)

Mesa 2 **Sala da biblioteca (andar 0)**

A supervisión do EIR na área de urxencias: buscando o consenso galego

Ponentes

- María Míguez Neira (EIR matrona Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos)
- Cristina Sanmartín Chapela (Presidenta Subcomisión de Docencia de Especialidades de Enfermaría. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés)
- María Rey Grandal (Presidenta Subcomisión de Docencia de Enfermaría FeC. Área Sanitaria de Vigo)
- Adrián Vences Garrido (EIR EFeC. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza)
- Vanesa Rojo Amigo (Presidenta da Subcomisión de Docencia de Enfermaría FyC. Área Sanitaria da Coruña e Cee)
- M^a Luisa Freire Rivas (Enfermeira de Soporte Vital Avanzado de Enfermaría (SVAE) Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia 061. A Coruña)
- Diego Carrizo Álvarez (EIR EFeC Centro de Saúde Amoeiro. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras)

Moderador

- M^a Luisa Fraga Sampedro (Presidenta Subcomisión Docencia de Enfermaría. Área Sanitaria de Ferrol)

Mesa 3 Sala anexa á cafetería (andar -1)

Desenvolvemento da especialidade nos “invisibles”

Ponentes

- Sandra Marco Peligro (PIR CHUF)
- Alejandro Rodríguez Rodríguez (FIR CHUF)
- María Alonso Girón (BIR Microbioloxía CHUF)
- Alberto Mateo Guerra (QUIR Análises Clínicas HULA)

Moderadora

- Patricia Ordóñez Barrosa (Facultativa especialista en Microbioloxía e Parasitoloxía. CHUF)

Mesa 4 Sala de reunións de xerencia (andar 0)

Taller de xestión documental e do tempo-traballo en equipo desde a secretaría dunha unidade de docencia

Ponente

- Marta Salazar Portero (CEO de New Thinking Company. Directora e instrutora)

18.30-19.00 Pausa café. Zona externa anexa á cafetería / hall do hospital

19.00-19.15 Acto inaugural

Salón de actos (andar 0)

Autoridades

- Antonio Gómez Caamaño (Conselleiro de Sanidade)
- Fernanda López Crecente (Xerente da Área Sanitaria de Ferrol)
- Manuel Rey Varela (Alcalde de Ferrol)

19.15-20.00 Conferencia inaugural

Ponente

- Mario Gil Conesa (@mariuslekker. Médico influencer especialista en Medicina Preventiva e Saúde Pública)

Presenta

- Tamara López Cela (Xefa de estudos UDM AFeC da Área Sanitaria de Ferrol)

20.00-20.30 Asamblea REDEGA

Ponentes

- Ramón López de los Reyes (Xefe de Estudos do CHUF. Área Sanitaria de Ferrol)
- Tamara López Cela (Xefa de estudos UDM AFeC. Área Sanitaria de Ferrol)

21.30 Visita guiada ao Museo da Construción Naval da Fundación Exponav e cea oficial no mesmo

Venres, 21 de xuño

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

09.00-10.00 Comunicacions orais e defensa de pósteres Salón de actos e hall (andar 0)

10.00-13.30 Mesas redondas. Salón de actos (andar 0)

10.00-11.00 Mesa 1

Investiga como poidas

Ponentes

- Luis Sánchez Guillén (Médico especialista en Cirurxía Xeral e Aparello Dixestivo. Hospital Universitario de Elche)
- Ángel Carracedo Álvarez (Catedrático de Medicina Legal da USC. Director da Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica)
- Ana Echarri Piudo (Médica especialista en Cirurxía Xeral e Aparello Dixestivo do CHUF)
- Belinda Insua Fuentes (EIR Saúde Mental da Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras)
- José Antonio Folgueira Vigo (MIR Oncoloxía da Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos)

Moderadora

- Nuria Olivier Pascual (Médica especialista en Oftalmoloxía CHUF)

11.00-12.00 Mesa 2

Comunicámosnos: canto e como?

Ponentes

- Jorge Zugasti Marquínez (Médico especialista en Cirurxía Ortopédica e Traumatoloxía. Hospital Público de Verín)
- Teresa Rei Serra (Presidenta Subcomisión de Docencia de Enfermaría da Área Sanitaria da Coruña e Cee)
- Cristina Tejera Pérez (Médica especialista en Endocrinoloxía e Nutrición do CHUF)
- Laura Taboada Paz (MIR 4º ano de Dermatoloxía e Venereoloxía do CHUF)
- Alberto Garrido Fernández (MIR 5º ano de Oncoloxía do CHUVI)

Moderadora

- Jorge Lema Bartolomé (Xefe de estudos da Unidade Docente Multiprofesional de Atención Familiar e Comunitaria da Xerencia da Área Integrada de Cuenca. Autor de "La MIRilla del Médico de Familia")

12.00-12.30 Pausa café. Zona externa anexa á cafetería / hall do hospital

12.30-13.30 Mesa 3

Como implicar aos residentes na súa propia formación

Ponentes

- Luis Anibarro García (Médico especialista en Medicina Interna. Xefe de Estudos do CHOP)
- Pilar Rodríguez Ledo (Subdirectora Asistencial del Área Médica do Hula)
- Sandra Vidal Martínez (Presidenta da Subcomisión de Docencia de Enfermaría da Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza)
- Jorge Lema Bartolomé (Xefe de estudos da Unidade Docente Multiprofesional de Atención Familiar e Comunitaria da Xerencia da Área Integrada de Cuenca. Autor de "La MIRilla del Médico de Familia")

Modera

- Alejandra Rivera Trobo (Médica especialista en Obstetricia e Xinecoloxía do CHUF)

13.30-14.15 Conferencia de clausura

Humanizando a docencia

Ponentes

- Ángel Carracedo Álvarez (Catedrático de Medicina Legal da USC. Director da Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica)

Presenta

- Ramón López de los Reyes (Xefe de Servizo da Unidade Docente da Área Sanitaria de Ferrol)

14.15-14.30 Lectura de conclusións do congreso e dos foros. Acto de clausura**14.30 Traslado para paseo en barco e pinchos (autobuses traslado)**

Comunicacións

Comunicacións modalidade oral

Evaluación de la satisfacción y necesidades de los usuarios del Centro de Salud Virgen Peregrina con el fin de implementar mejoras en la calidad asistencial

Souto-Moreira L¹, Arosa-Gómez B², Varela-Buceta A³, González-Zar M⁴

¹EIR I Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Virgen Peregrina Área Sanitaria de Pontevedra y Salnés

²EIR II Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Virgen Peregrina Área Sanitaria de Pontevedra y Salnés

³Centro de Atención Primaria Virgen Peregrina Área Sanitaria de Pontevedra y Salnés

⁴Centro de Atención Primaria Virgen Peregrina Área Sanitaria de Pontevedra y Salnés

INTRODUCCIÓN

Con motivo de la celebración del Día Internacional de la Atención Primaria el pasado 12 de abril de 2024, se realizó en el centro de salud Virgen Peregrina una actividad comunitaria a cargo del personal de enfermería destinada a la Prevención y Promoción de la Salud, ofreciendo información a los usuarios sobre diversas temáticas relacionadas con el bienestar biopsicosocial y pasando encuestas de satisfacción.

OBJETIVO

Determinar la satisfacción percibida por los usuarios en cuanto a la prestación de los servicios en el Centro de Salud Virgen Peregrina. Detectar necesidades e implementar acciones de mejora en el centro.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se diseñó una encuesta específica basándose en la realizada en la unidad de calidad de nuestro hospital, evaluando 9 ítems a través de una puntuación tipo Likert, ara determinar el grado de satisfacción y las necesidades y sugerencias de los usuarios que acudieron ese día al centro. Participaron un total de 117 personas de manera anónima y voluntaria tras previa información. Se emplearon métodos estadísticos descriptivos (gráficas y tablas).

RESULTADOS

La puntuación media de la satisfacción global del trato recibido del servicio fue de 59%, otorgando a personal médico 63,2%, enfermería 72,6%, administrativos 55,6% y otros profesionales sanitarios 53%. La asistencia sanitaria recibida en conjunto obtuvo una puntuación de 61,5%. La falta de personal sanitario, el estado de las instalaciones (42,7%) y los tiempos de espera fueron las temáticas peor valoradas.

CONCLUSIONES

La evaluación de la calidad de la prestación de servicios sanitarios a través de encuestas permite la valoración y el seguimiento del proceso asistencial. Los resultados mostraron un adecuado nivel de satisfacción respecto a la atención sanitaria. No obstante, se detectaron áreas de mejora y se implementaron acciones que serán evaluadas en un año.

Herramientas actuales de evaluación de competencias: objetivando el aprendizaje. Estrategia win-win

Miguel Guerrero Vela¹, Julia Picazo Zappino², Sara Amado Cabana³, Ramón López de los Reyes⁴

¹ Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. MIR I Radiodiagnóstico, CHUF.

² Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

³ Médico especialista en Radiodiagnóstico. Tutora MIR FSE, CHUF.

⁴ Médico especialista en Cirugía General y Digestiva. Jefe de estudios FSE, CHUF.

INTRODUCCIÓN

A la hora de evaluar las competencias aprendidas por el residente podemos encontrar dos momentos clave; la formativa, centrada en el aprendizaje y apoyada en la retroalimentación multifásica y la sumativa, centrada en los resultados finales de un periodo de instrucción (González, 2013). La elección de las herramientas más adecuadas y su conocimiento técnico por el binomio residente-formador es clave para obtener información objetiva del periodo evaluado, reducir sesgos y errores sobre todo en aquellas evaluaciones realizadas en escenarios clínicos reales y favorecer la reflexión (Morán Barrios, 2016).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura sanitaria mediante motores de búsqueda de libre acceso con descriptores estructurados (PubMed, FreeMedicalJournals, ScienceResearch, Dialnet y BiomedCentral) acerca de las herramientas y métodos actuales de evaluación aplicados en FSE. Posteriormente se analizan, clasifican y estratifican en función de sus características técnicas.

RESULTADOS

Se obtienen 8 estudios publicados en la última década que recogen modelos clásicos como la "observación directa uni/multievaluador" de características inmediatas (miniCEX, DOPS, ACAT), herramientas "reflexivas" y los más actuales con aplicación de "inteligencia artificial y laboratorios de simulación".

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran una amplia variedad de métodos que utilizados en el momento oportuno y combinados adecuadamente, permiten realizar una evaluación del desempeño del residente de forma eficiente, cuantificable y objetiva que servirá de motor de aprendizaje y garantía de calidad asistencial para el paciente. Introducir dichas herramientas en las unidades docentes, aportará eficiencia y objetividad al proceso de evaluación y servirá para la reflexión y la retroalimentación del residente-formador durante el periodo formativo.

CONFLICTO DE INTERESES

No se presentan con las características específicas de la comunicación.

Miguel Guerrero Vela. Email: gvmiguel@gmail.com

Implantación de prescripción electrónica en pacientes con ingreso programado en el Hospital Universitario de Ourense

Alexia Fernandez Zibecchi¹, Martín Blanco Salgado¹, M^a Elena González Pereira¹, Juan Jesús Varela Correa¹

¹Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN:

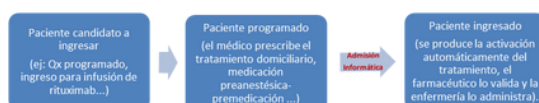
Los programas de prescripción electrónica son una herramienta para reducir errores de medicación y mejorar la calidad de prescripción.

Presentamos la implantación de la prescripción electrónica programada durante 2022-2023 en nuestro hospital. Los destinatarios son pacientes con ingreso programado para intervención quirúrgica, ingreso médico y/o pruebas diagnósticas que requieran hospitalización.

Los objetivos principales son evitar errores de medicación, garantizar la seguridad y fomentar la ecología explotando los recursos digitales.

MÉTODOS:

Se aplicaron las bases del método Lean en la gestión del proyecto, empleando los recursos disponibles desde el programa electrónico de prescripción. Trabajamos con la versión 11.5.5-Silicon@-programados como herramienta digital. El Servicio de Farmacia se puso en contacto con la empresa gestora del aplicativo habilitando la opción de dejar las órdenes médicas programadas previo ingreso del paciente:



Para medir la cobertura y calidad del programa, calculamos:

1. Indicadores de cobertura:

- Índice de cobertura sobre la población programada: n° programados/ n° ingresados
- Índice de cobertura por Servicio: n° programados por Servicio/ n° ingresados por Servicio.

2. Indicadores de calidad:

- Errores de programación

RESULTADOS:

En 2022 se programaron 611 pacientes. El índice de cobertura de programados en 2023 fue un 11,5% dado que se programaron 3.480 pacientes de los 30.210 ingresados que hubo.

Los Servicios Quirúrgicos son los que más han programado sus ingresos. En Cirugía Vasculuar el 29,34% de los ingresos fueron programados en 2023. Traumatología programó al 26,19% de sus ingresados.

Nos encontramos con distintos tipos de errores: administrativos (asignación de cama,horarios), informáticos (en función del Servicio introducido, traslados de residencias) y clínicos (prescripción contradictoria con otra orden médica). En estos casos el farmacéutico contacta con los compañeros para subsanar la incidencia.



CONCLUSIONES:

Este proyecto ha mejorado el proceso de prescripción/validación. Al digitalizar los tratamientos se redujeron errores de transcripción de los manuscritos. Es una estrategia sostenible que elimina la sobreproducción de hojas de prescripción en papel.

Innovación en la formación de residentes de análisis clínicos

M^a Isabel Cea Sanguino, María Fernández López, Rafael Lago Cascudo, Lucía Prados Loures, Pedro Casado Rey, Belén Fernández Saya

JUSTIFICACIÓN:

Tras revisar un total de 25 itinerarios formativos de la residencia de análisis clínicos de distintos hospitales, hemos observado que dos de ellos han implementado la rotación de anatomía patológica. Dicha rotación nos parece importante para complementar la formación del residente de análisis clínicos tras su paso por la sección de líquidos biológicos de su servicio.

OBJETIVOS:

Introducir la rotación de anatomía patológica en el itinerario docente de la especialidad para fomentar la comunicación interdisciplinaria e integrar conocimientos para un diagnóstico completo

MATERIAL Y MÉTODOS:

Rotación de dos semanas en el servicio de anatomía patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol donde se trata de cumplir con los siguientes objetivos:

- Conocimiento del procesado de líquidos biológicos
- Conocimiento de los protocolos utilizados en el estudio citológico.
- Reconocimiento microscópico de los hallazgos citopatológicos más habituales en los líquidos biológicos
- Contacto con los sistemas de clasificación diagnósticos más habituales usados en citopatología.
- Aprendizaje de la metodología del sistema de cribado de la citología ginecológica

RESULTADOS:

Durante la primera semana la residente de análisis clínicos pasó por el área de muestras citológicas de líquidos biológicos, participando en su registro, procesamiento y tinción. De esta manera se aprende el funcionamiento de los equipos y las tinciones empleadas para el posterior reconocimiento celular.

La segunda semana se centró en el reconocimiento microscópico de los distintos tipos celulares presentes en estos líquidos, pudiendo apreciar diferencias entre las tinciones usadas en cada laboratorio. Examinando los informes se pudo comprobar la conexión entre ambas especialidades, lo que sirve para tomar conciencia sobre lo que se puede aportar desde laboratorio a otras especialidades.

CONCLUSIONES:

Esta rotación complementa los conocimientos entre especialidades, mejorando el diagnóstico del paciente y proporcionando una visión integral de la medicina de laboratorio, que es cada vez más interdisciplinaria.

Intervencionismo en la Formación Sanitaria Especializada en Radiodiagnóstico

Amaya Lanz Lozano, Sara Fandiño Piñeiro, Guillem Martín Vidal, Milena Pardo Fernández, Miguel Guerrero Vela, Sara Amado Cabana

OBJETIVOS:

Conocer el interés de los residentes de Radiodiagnóstico en el área de intervencionismo.
Conocer su opinión sobre la formación en intervencionismo durante la residencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha elaborado una encuesta online (12 preguntas) en "Google Forms" que con la colaboración de la SERAM se ha difundido mediante correo electrónico al listado de residentes de radiodiagnóstico socios de la SERAM. Paralelamente se ha difundido la encuesta a residentes de radiodiagnóstico mediante redes sociales. La encuesta se ha dividido en tres bloques: datos básicos sobre la residencia, análisis del conocimiento previo y opinión sobre el intervencionismo, y satisfacción sobre la formación y sus preferencias.

RESULTADOS:

Se han obtenido 130 respuestas de todos los años de residencia. El 76% de los residentes que han respondido la encuesta trabajan en hospitales con más de 500 camas. El 2,3% eligió radiodiagnóstico exclusivamente por su interés en el intervencionismo. En la actualidad hay un 6,2% de residentes que se decantan por dedicarse únicamente al intervencionismo. El ecoguiado es el área que más gusta. La parte más negativa es la mala calidad de las guardias y la responsabilidad añadida. El 32% opina que su formación en intervencionismo es buena o muy buena a lo largo de la residencia, siendo en la mama en la sección en la que más procedimientos realizan. El 84% de los residentes consideran que deberán aumentar su formación para poder realizar adecuadamente los procedimientos durante la residencia o en un programa posMIR.

CONCLUSIONES:

El intervencionismo es un área del radiodiagnóstico que es atractiva para los residentes, siendo el ecoguiado el de mayor interés. Sólo un tercio de los residentes están satisfechos con su formación aunque para poder afrontar los procedimientos con confianza creen que deberían ampliar sus conocimientos.

La formación de la identidad profesional de las terapeutas ocupacionales durante la maternidad

Ana-Isabel Souto-Gómez¹, Luis-Javier Márquez-Alvarez², Miguel-Ángel Talavera-Valverde³

¹ Terapeuta ocupacional. Trabajadora social. Estudiante de Doctorado UDC. Coordinadora de título del Grado de Trabajo Social (Universidade de Santiago de Compostela). Miembro de Integra Saúde. Universidade da Coruña

² Terapeuta ocupacional. Grupo de Investigación Traslacional en Cuidados (INVESTIC, Vigo), Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. Facultad de Educación, Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Logroño, Spain

³ Terapeuta ocupacional en Servicio Galego de Saúde. Profesor Departamento Ciencia de la Salud. Universidade da Coruña. Miembro de de Integra Saúde. Universidade da Coruña. Director TOG (A Coruña)

INTRODUCCIÓN:

La identidad profesional no es un concepto estático, sino que se encuentra en constante evolución y transformación a lo largo de la carrera profesional. La maternidad es un momento crucial en la vida de una mujer y puede tener un impacto significativo en la construcción y desarrollo de su identidad profesional. Durante esta etapa, las terapeutas ocupacionales se enfrentan a desafíos únicos que pueden afectar su carrera y su percepción de sí mismas como profesionales.

OBJETIVO:

El objetivo general de la investigación fué describir la influencia de la maternidad sobre la construcción de la identidad profesional en la carrera profesional de las terapeutas ocupacionales.

MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, de cohortes retrospectivo realizado a las terapeutas ocupacionales que fueron o no madres en algún momento de su trayectoria profesional.

RESULTADOS:

La muestra comprendió a n=116 mujeres, dividida en proporción 80-20 de madres y no madres. La media de edad era de 39,28 años, con una media de 14,63 años de experiencia laboral. Los análisis correlacionales mostraron relaciones estadísticamente significativas entre la identidad profesional y el compromiso laboral, con una gran fuerza estadística ($r>0,65$). No obstante, en el grupo de madres, parece influir un mayor número de variables profesionales que en el de no madres, con aspectos como un mejor valor de incertidumbre laboral o una mayor satisfacción laboral.

CONCLUSIONES:

La maternidad influye en diferentes variables del ámbito profesional de una manera más profunda que como un simple hecho vital. Los resultados muestran una necesidad de seguir explorando las vidas de las madres terapeutas ocupacionales para poder comprender mejor el alcance que tiene esta vivencia.

La importancia de la simulación en la formación del residente de oftalmología

M^a Dolores Alvarez Díaz ¹, Nuria Olivier Pascual ², Sara Rubio Cid ³

¹ Jefa de Servicio de Oftalmología, CHUF Ferrol

² FEA Oftalmología, Tutora de Residentes de Oftalmología, CHUF, Ferrol

³ FEA Oftalmología, Tutora de Residentes de Oftalmología, CHUF, Ferrol

INTRODUCCIÓN:

Los simuladores quirúrgicos proporcionan una visión muy realista de las situaciones quirúrgicas posibles, permitiendo una aproximación a las maniobras quirúrgicas sin complicaciones y/o consecuencias reales.

20 residentes de 2^a y 3^o año participaron en el "I Curso de Iniciación a la cirugía de la Catarata" organizado con la colaboración de la Sociedad Gallega de Oftalmología, J&J y la Universidad Francisco Vitoria (UFV).

Colaboraron 10 tutores de los 7 hospitales del SERGAS que cuentan con formación MIR en Oftalmología

MÉTODO:

El programa consta de una parte teórica a realizar en la web de la UFV y una segunda, práctica, que se realizó en la Facultad de Medicina de Santiago, donde se instalaron 3 simuladores quirúrgicos.

Cada alumno dispuso de 15 horas para la realización del curso y examen final.

Para la obtención de los créditos y título expedido por la UFV cada prueba debe ser realizada con éxito 3 veces consecutivas con una puntuación $\geq 70\%$.

Se realizó encuesta final a los alumnos y tutores

RESULTADOS:

Todos los residentes superaron el curso.

En las encuestas de satisfacción, más del 80% de los residentes consideraron el curso útil, y los tutores animaron a continuarlo en próximos años.

En algunos casos se reclamaron más horas de uso del simulador y un horario más flexible.

CONCLUSIONES:

Los cursos de simulación quirúrgica facilitan el aprendizaje de las maniobras quirúrgicas y dan seguridad y confianza a los residentes y tutores



1º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN ORAL

O comité científico do III Congreso de Formación Sanitaria Especializada celebrado en Ferrol os días 20 e 21 de xuño de 2024, decidiu outorgarlle o primeiro premio á mellor comunicación oral:

La importancia de la simulación en la formación del residente de oftalmología

das/os autoras/es:

M^a Dolores Álvarez Díaz, Nuria Olivier Pascual, Sara Rubio Cid



Ramón López de los Reyes
Presidente del comité organizador



2º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN ORAL

O comité científico do III Congreso de Formación Sanitaria Especializada celebrado en Ferrol os días 20 e 21 de xuño de 2024, decidiu outorgarlle o segundo premio á mellor comunicación oral:

Innovación en la formación de residentes de Análisis Clínicos

das/os autoras/es:

M^a Isabel Cea Sanguino, María Fernández López, Rafael Lago Cascudo, Lucía Prados Loures, Pedro Casado Rey, Belén Fernández Saya



Ramón López de los Reyes
Presidente del comité organizador

Comunicacións modalidade póster

Aplicación del IMR por los Enfermeros Internos Residentes (EIR) como herramienta para la capacitación y formación de los usuarios con trastorno mental grave (TMG) en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de Ferrol

Otero Otero, Antía¹; Nieto Dios, Miguel²; Vázquez Rumbo, Sara³; Lage Beceiro, Yolanda María⁴

¹ Enfermera Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de las intervenciones psicosociales que se realizan en la UHP a personas con TMG están orientadas a lograr una recuperación efectiva, mejorando así su autonomía, calidad de vida y adaptación social. En este sentido, la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) lleva años poniendo el foco de atención en el proceso de rehabilitación de las personas con problemas de salud mental grave, tales como trastornos afectivo, esquizofrénicos o el trastorno bipolar. Para lograrlo, es necesario tener una buena base de conocimientos que permita a los usuarios desarrollar un rol más activo en su tratamiento y recuperación. Es por esto que el grupo de trabajo "Recuperación y cuidados en Salud Mental" de la AEESME ha llevado a cabo de traducción y adaptación de la Guía de Práctica Basada en la Evidencia Illness Management and Recovery (IMR).

OBJETIVO:

Capacitar a los usuarios en la toma de decisiones sobre su salud mediante el incremento y mejora de información según el modelo IMR.

MÉTODO:

Se ha llevado a cabo una revisión del citado documento, en el que el profesional especialista en salud mental dispondrá las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para realizar la preparación y desarrollo de las intervenciones educativas. Las intervenciones planeadas por el IMR pueden realizarse de forma colectiva o individual, que permitirán conocer más sobre el trastorno.

RESULTADOS:

Las guías y folletos del modelo IMR suponen una herramienta útil para las buenas prácticas clínicas del EIR en las intervenciones educativas, cognitivo-conductuales y como base para la estructuración de las sesiones, todo ello basado en la evidencia.

CONCLUSIONES:

Disponer de información sencilla, práctica y fidedigna permite aumentar la autonomía y la toma de decisiones sobre los autocuidados, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la recuperación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME). Manejo y Recuperación de un problema de salud mental grave. Illness Management and Recovery-IMR. [internet]. Madrid: 31 julio 2020 [citado el 5 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/07/2.-Guia-profesionales.pdf>

APLICACIÓN DEL IMR POR LOS ENFERMEROS INTERNOS RESIDENTES COMO HERRAMIENTA PARA LA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores: (1) Otero Otero, Antía; (1) Nieto Dios, Miguel; (1) Vázquez Rumbo, Sara; (1) Lage Beceiro, Yolanda María.

(1) Enfermera Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol



Introducción

La mayoría de las intervenciones psicosociales que se realizan en la unidad de hospitalización a personas con trastorno mental grave están orientadas a una **recuperación efectiva**, mejorando su autonomía, calidad de vida y adaptación social.

Para ello, es necesaria una buena base de **conocimientos** que permita a los usuarios desarrollar un rol más activo en su tratamiento y recuperación.

Es por esto que, el grupo de trabajo "Recuperación y cuidados en Salud Mental" de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental ha realizado la traducción y adaptación de la Guía de Práctica Basada en la Evidencia Illness Management and Recovery (IMR).



Objetivo

Capacitar a los usuarios en la toma de decisiones sobre su salud mediante el incremento y mejora de información según el modelo IMR.

Método

Revisión de IMR. En ella, el profesional especialista en salud mental dispondrá las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para realizar la preparación y desarrollo de las intervenciones educativas, que pueden realizarse de forma colectiva o individual.

Resultados

Las guías y folletos del modelo IMR suponen una herramienta útil para las buenas prácticas clínicas del EIR en las intervenciones educativas, cognitivo-conductuales y como base para la estructuración de las sesiones, todo ello basado en la evidencia.

Conclusión:

Disponer de información sencilla, práctica y fidedigna permite aumentar la autonomía y la toma de decisiones sobre los autocuidados, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la recuperación.



Aprendiendo todos juntos: sesiones interhospitalarias - SOGACOT

Alejandro López-Pardo Rico, Laura Ameneiro Romero, Celia Gómez López, Marta López Dobarro, Marcos Fernández Randulfe y Blanca Sieira Cantorna

INTRODUCCIÓN:

Durante los meses de aislamiento social y profesional originados por la pandemia COVID, los servicios de traumatología dejaron de realizar mucho trabajo asistencial lo que repercutió en la formación de los médicos residentes. Para intentar paliar dicha situación, los tutores de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Galicia decidieron comenzar con sesiones interhospitalarias para mejorar la formación. En ese momento la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología ofreció su portal web para publicitar dicha actividad formativa.

RESUMEN DE LA ACTIVIDAD:

En septiembre del 2022, se plantea realizar de forma mensual sesiones clínicas a través de videoconferencia realizadas por los residentes de los diferentes hospitales docentes del Galicia (hospitales SERGAS + POVISA) utilizando la página web de la SO.GA.COT para publicitar la actividad, conexión y reproducción posterior (www.sogacot.org).

Gracias a la implicación de todos los centros y al buen feedback recibido, cualquier persona perteneciente a la sociedad puede acceder desde dispositivos individuales a través del portal web.

Esta actividad tiene como finalidad no solo la formación continua de los residentes y adjuntos socios independientemente de donde se encuentren trabajando, si no que promueve y mejora la docencia de de todos los integrantes de los servicios que forman a residentes. Las sesiones son impartidas de forma rotatoria por todos los hospitales docentes de Galicia, siendo los tutores los que realizan la distribución de los temas a tratar. Toda esta actividad queda grabada y puede ser reproducida de forma diferida a través de la página web de la sociedad.

Durante el último año, se ha realizado un proceso de acreditación a través de ACIS para que su asistencia tenga valor curricular tanto para los ponentes como asistentes.

CONCLUSIONES:

Creemos que esta modalidad de trabajo conjunto permite actualizarnos desde el punto de vista científico, mejorar las derivaciones y, sobre todo, mantener una relación interpersonal entre los diferentes profesionales dedicados a la cirugía ortopédica y traumatología, pudiendo ser esta metodología aplicada a cualquier tipo de especialidad médica o quirúrgica.

APRENDIENDO TODOS JUNTOS: SESIONES INTERHOSPITALARIAS - SOGACOT



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

Alejandro López-Pardo Rico, Laura Ameneiro Romero, Celia Gómez López, Marta López Dobarro, Marcos Fernández Randulle y Blanca Sieira Cantorna



sogacot

SOCIEDAD GALLEGA DE CIRURÍA
ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

Durante meses de aislamiento social y profesional originados por la pandemia COVID, los servicios de cirugía ortopédica y traumatología dejaron de realizar gran parte de trabajo asistencial lo que repercutió en la formación de los médicos residentes. Para intentar paliar dicha situación, los tutores de Galicia decidieron comenzar con sesiones interhospitalarias para mejorar la formación. En ese momento la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SOGACOT) ofreció su portal web para publicitar dicha actividad.



OBJETIVOS

PRINCIPAL

Revisión de la patología ortopédica y traumatológica de alta complejidad y valoración por parte de los distintos servicios para plantear opciones de tratamiento en nuestro entorno.

SECUNDARIOS

- Exponer conceptos básicos de nuestra especialidad a los médicos residentes para mejorar su formación.
- Mejorar la relación interservicios de COT del SERGAS.
- Acordar protocolos de derivación a servicios de referencia en patología de grave importancia en la especialidad.

RESUMEN

En septiembre de 2022, se plantea realizar de forma mensual sesiones clínicas a través de videoconferencia, realizadas por los residentes de los diferentes hospitales docentes de Galicia (SERGAS+POVISA) utilizando la pagina web de la SOGACOT para publicitar la actividad, conexión y reproducción posterior. www.sogacot.org

Esta actividad tienen como finalidad no solo la formación continua de los residentes y adjuntos socios, sino que promueve y mejora la docencia de todos los servicios con residentes. Las sesiones son impartidas de forma rotatoria, siendo los tutores los que realizan la distribución de los temas a tratar.

Durante el último año, se ha realizado un proceso de acreditación a través de ACIS para que su asistencia tenga valor curricular, tanto para ponentes como asistentes.

CONCLUSIONES

Creemos que esta modalidad de trabajo conjunto permite actualizarnos desde el punto de vista científico, mejorar las derivaciones y, sobre todo, mantener una relación interpersonal entre los diferentes profesionales dedicados a la cirugía ortopédica y traumatología. Tras el buen feedback recibido e implicación de toda la sociedad, pensamos que este tipo de metodología podría ser aplicada a cualquier tipo de especialidad, tanto médica como quirúrgica.

Avanzando en FSE: objetividad y feedback como elementos clave en la evaluación formativa. Una mirada integradora

Miguel Guerrero Vela¹, Miguel Solano Parés², Sara Amado Cabana³, Ramón López de los Reyes⁴

¹Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. MIR I Radiodiagnóstico, CHUF

²Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador Hospital de Día Adultos, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

³Médico especialista en Radiodiagnóstico. Tutora MIR FSE, CHUF

⁴Médico especialista en Cirugía General y Digestiva. Jefe de estudios FSE, CHUF

INTRODUCCIÓN:

El proceso de evaluación formativa es un método complejo que permite extraer conclusiones sobre la capacidad del residente para desempeñar la actividad asistencial con rigor científico y seguridad para el paciente (Morán Barrios, 2016). Hay diferentes métodos, escalas y herramientas para aplicar, y algunos autores proponen utilizar dichas herramientas sobre la base de elementos comunes como son entre otros la retroalimentación, consiguiendo que el proceso a largo plazo sea beneficioso en el binomio formador-residente (Rodríguez Salvador, 2018).

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura médica mediante motores de búsqueda de libre acceso y descriptores estructurados (PubMed, FreeMedicalJournals, ScienceResearch, Dialnet y BiomedCentral) acerca de los elementos clave formativos en los procesos de evaluación en entornos clínicos.

RESULTADOS:

Se obtienen 16 estudios publicados en español en la última década que, agregados, muestran como elementos en común la objetividad y la retroalimentación constructiva multifásica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los resultados muestran que aplicar métodos de evaluación formativa objetivos, que devuelvan al residente el resultado de lo concluido en la evaluación mediante un proceso de retroalimentación constructivo y estructurado, resulta una experiencia satisfactoria y estimulante en el binomio formador-residente. Introducir y aplicar modelos de evaluación formativa sobre la base de la objetividad y la retroalimentación constructiva en las unidades docente de los programas FSE pueden generar mayor satisfacción tanto para residentes como para formadores y con ello, mantener un espíritu docente activo.

CONFLICTO DE INTERESES:

No se presentan con las características específicas de la comunicación tipo póster.

Miguel Guerrero Vela. Email: gvmiguel@gmail.com

AVANZANDO EN FSE: OBJETIVIDAD Y *FEEDBACK* COMO ELEMENTOS CLAVE EN LA EVALUACIÓN FORMATIVA. UNA MIRADA INTEGRADORA



Guerrero Vela, M.¹, Solano Parés, M.², Amado Cabana, S.³, López de los Reyes, R.⁴

1.- Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. MIR I Radiodiagnóstico, CHUF.

2.- Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador Hospital de Día Adultos, H. Infanta Leonor, Madrid.

3.- Médico especialista en Radiodiagnóstico. Tutora MIR FSE, CHUF.

4.- Médico especialista en Cirugía General y Digestiva. Jefe de estudios FSE, CHUF.

Introducción

- El proceso de evaluación formativa es un método complejo.
- Existe variedad de métodos, escalas y herramientas a aplicar, incluso pueden ser adaptados e individualizados.
- Permite extraer conclusiones sobre el desempeño del residente para realizar su actividad asistencial con rigor científico y seguridad para el paciente (Morán Barrios, 2016).
- Algunos autores consideran que su uso podría ser beneficioso en el binomio formador-residente (Rodríguez Salvador, 2018).

Objetivos

- Explorar los beneficios de sistematizar el proceso de evaluación continua.
- Analizar los factores comunes que subyacen a los diferentes métodos y escalas.
 - Extraer los elementos clave en que convergen dichos métodos.
- Valorar la posibilidad de su aplicación reglada en las unidades de FSE.

Material y método

- Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura médica en bases de datos PubMed, FreeMedicalJournals, ScienceResearch, Dialnet y BiomedCentral desde 2014 a 2024.
- Los términos en español utilizados fueron: "evaluación formativa FSE", "objetividad y *feedback* en FSE", "estimulación docente".
- Se obtiene del rastreo 16 estudios publicados mayoritariamente en la revista "Educación Médica" en la última década, se analizan y se agregan los elementos en común.
- La mayoría de los estudios obtenidos son posteriores a 2015.

Resultados



Fuente: modificada de Rodríguez-Salvador

Discusión y conclusiones

- Aplicar métodos de evaluación formativa objetivos y cuantificables podría estimular la mejora continua del residente.
- Utilizar el *feedback* constructivo multifásico en el análisis de la evaluación mejoraría la asimilación de conceptos y la satisfacción.
- Implementar herramientas de evaluación objetivas bajo un marco estructurado de *feedback* estimularía el binomio formador-residente.
- Dedicar tiempo y esfuerzo al entrenamiento y práctica del *feedback* y la objetividad en FSE estimularían el espíritu docente activo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Salvador, J. J. R., & Ortiz, J. C. A. (2018a). El *feedback* como herramienta docente en la formación clínica: parte 1. *Educación Médica*, 19(2), 120-124. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.02.001>
2. Salvador, J. J. R., & Ortiz, J. C. A. (2018b). El *feedback* como herramienta docente en la formación clínica: parte 2. *Educación Médica*, 19(3), 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.001>
3. Morán-Barrios, J. (2016). La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1.ª Parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. *Educación Médica*, 17(4), 130-139. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.001>

¿Consideran Útiles Para La Práctica Diaria Sus Rotaciones Los Residentes De Enfermería Familiar Y Comunitaria?

Tuimil-Alvariño, Manuel¹; Castro-Fernández, Lucía¹; Torres-Álvarez, Patricia²

¹ Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria - Unidad Docente Multidisciplinar Atención Familiar y Comunitaria - C.S. Narón

² Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria - C.S. Narón - Área Sanitaria de Ferrol

INTRODUCCIÓN:

La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación multiprofesional en el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades.

Su formación se desarrolla en las diferentes unidades docentes, las cuales confeccionan un itinerario formativo acorde a los recursos disponibles y las necesidades de aprendizaje.

Resulta de interés por tanto, conocer cuál es la percepción de los propios residentes sobre cada uno de los rotatorios en su período formativo, pudiendo servir para orientar los mismos de cara al futuro.

METODOLOGÍA:

El objetivo de nuestra investigación ha sido conocer la percepción de los residentes de enfermería familiar y comunitaria de segundo año del Área Sanitaria de Ferrol en relación a la utilidad de las rotaciones del primer año de su itinerario formativo.

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Primaria durante los meses de mayo y junio de 2024.

La población estudiada estuvo conformada por los 8 residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria del Área Sanitaria de Ferrol.

Para medir la percepción de los residentes en relación con la utilidad de las rotaciones en su itinerario formativo se realizó una encuesta Ad Hoc donde se puntuaban las estancias del 0-5.

RESULTADOS

Respondieron la encuesta el 87,5% de los residentes. Se analizaron un total de 13 estancias formativas. La rotación con la mejor puntuación ha sido la rotación de atención primaria con una puntuación media de 4,87.

Las rotaciones con puntuaciones más altas después de Atención Primaria fueron Hospitalización a Domicilio y Urgencias. Por el contrario nos encontramos con 3 rotaciones con una puntuación global menor de 3, considerándose estas por tanto como "neutrales", y otras 2 rotaciones con puntuación menor de 2 puntos, considerándose por tanto "deficientes".

DISCUSIÓN:

Tras realizar una revisión de la bibliografía no hemos localizado artículos que concretamente analicen las distintas rotaciones dentro de las unidades docentes si no que el análisis expresado habla de la experiencia del residente de forma más global.

CONCLUSIÓN:

Nos hemos limitado en este trabajo a analizar la percepción de los residentes en relación a la utilidad de la rotación. Sin embargo, creemos que este primer análisis puede aportarnos un punto de partida para ampliar esta investigación hacia nuevos horizontes, como la utilidad de las guardias como herramienta de aprendizaje, o incluso ampliar las variables estudiadas en este primer análisis.

¿CONSIDERAN ÚTILES PARA LA PRÁCTICA DIARIA SUS ROTACIONES LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA?

20 e 21 de xuño
do CONGRESO
de Enfermería Galega (CEG) 2024
Narón



1- Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria UDMAFyC Área Sanitaria de Ferrol - C.S. Narón 2- Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria - C.S. Narón

INTRODUCCIÓN

La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación multiprofesional en el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades.

Su formación se desarrolla en las diferentes unidades docentes, las cuales confeccionan un itinerario formativo acorde a los recursos disponibles y las necesidades de aprendizaje.

Resulta de interés por tanto, conocer cuál es la percepción de los propios residentes sobre cada uno de los rotatorios en su periodo formativo, pudiendo servir para orientar los mismos de cara al futuro.

Objetivo: conocer la percepción de los residentes de enfermería familiar y comunitaria de segundo año del Área Sanitaria de Ferrol en relación a la utilidad de las rotaciones del primer año de su itinerario formativo.



METODOLOGÍA



Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en la Unidad Docente Multidisciplinaria de Atención Primaria.

La población estudiada estuvo conformada por los 8 residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria del Área Sanitaria de Ferrol.

Para medir la percepción de los residentes en relación con la utilidad de las rotaciones en su itinerario formativo se realizó una encuesta Ad Hoc donde se puntuaban las estancias del 0-5.

RESULTADOS

Respondieron la encuesta el 87,5% de los residentes.

Se analizaron un total de 13 estancias formativas.

La puntuación media de las rotaciones ha sido de 3,20 puntos sobre 5 posibles, con lo cual las 13 estancias evaluadas de forma global obtienen una calificación como buena.

La rotación con la mejor puntuación ha sido la rotación de atención primaria con una puntuación media de 4,87.



Las rotaciones con puntuaciones más altas después de Atención Primaria fueron Hospitalización a Domicilio, Urgencias y la Consulta de Cura en Ambiente Húmedo.

Por el contrario nos encontramos con 3 rotaciones con una puntuación global menor de 3, considerándose estas por tanto como "neutrales", y otras 2 rotaciones con puntuación menor de 2 puntos, considerándose por tanto "deficientes".

DISCUSIÓN

Tras realizar una revisión de la bibliografía no hemos localizado artículos que concretamente analicen las distintas rotaciones dentro de las unidades docentes, si no que el análisis expresado habla de la experiencia del residente de forma más global.

CONCLUSIÓN

Nos hemos limitado en este trabajo a analizar la percepción de los residentes en relación a la utilidad de la rotación. Sin embargo, creemos que este primer análisis puede aportarnos un punto de partida para ampliar esta investigación hacia nuevos horizontes, como la utilidad de las guardias como herramienta de aprendizaje, o incluso ampliar las variables estudiadas en este primer análisis.

Consulta a pie de calle: importancia de las intervenciones comunitarias

Castro-Fernández, Lucía¹; Serrano-Fariñas, Leticia¹; Herrero-Domínguez, Eva¹; Tuimil-Alvariño, Manuel¹; Torres-Álvarez, Patricia²

¹ Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria - Unidad Docente Multidisciplinar Atención Familiar y Comunitaria - C.S. Narón

² Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria - C.S. Narón - Área Sanitaria de Ferrol

INTRODUCCIÓN:

La atención comunitaria consiste en poner el foco de atención en la comunidad, combinando la comunicación y la participación en todas las intervenciones que programamos y realizamos desde los centros de Atención Primaria. Consiste en organizar nuestras actividades en base a las necesidades y características de las personas, siempre manteniendo a la comunidad como centro de toda nuestra actividad.(1)

Atendiendo al Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, elaborado por la Comisión Nacional de Enfermería y publicado en el BOE (Orden SAS/1729/2010), los residentes deben adquirir durante el periodo formativo competencias en salud pública y comunitaria, incidiendo en el fomento y gestión de la participación comunitaria, así como en el análisis de la situación, planificación y desarrollo de los programas de promoción de la salud comunitaria.(2)

Utilizando como marco de referencia los tres niveles de orientación comunitaria en atención primaria incluidos en el informe SESPAS 2018 (3), hemos llevado a cabo una intervención de Nivel 2: "educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas" (4) con motivo del Día Mundial Sin Tabaco 2024.

METODOLOGÍA:

Objetivo: Realizar una intervención comunitaria educativa de Nivel 2 vinculada a un programa de promoción de la salud.

Para la consecución de este objetivo, se realizó una mesa informativa el día 31 de Mayo de 2024 en las inmediaciones del Centro de Salud de Narón, en la cual se abordó a las personas que en este día acudieron al Centro durante la jornada matutina. Entre la documentación entregada, además de facilitar información sobre el tratamiento farmacológico financiado por el SERGAS (Todacitan), se elaboraron y entregaron 2 infografías originales: una con información sobre mitos y consejos, y otra con 12 razones para dejar de fumar. Así mismo, se proporcionaron las guías de la Xunta de Galicia de apoyo a la cesación tabáquica: "Vou deixar de fumar" y "Xa non fumo"(5).

RESULTADOS:

Durante la intervención se contabilizaron más de un centenar de abordajes, de los cuales a 38 personas se les entregó información detallada, 16 indicaron que solicitarían cita con sus profesionales de referencia para iniciar el proceso de abandono del tabaco y 20 personas se interesaron en conocer su nivel de dependencia de la nicotina con la realización del Test de Fagerström

DISCUSIÓN:

Tras realizar una breve búsqueda bibliográfica hemos encontrado diferentes ejemplos de intervenciones comunitarias que tratan todas ellas escenarios varios a lo largo de todo el ciclo vital: Reanimación cardiopulmonar en edad escolar(6), educación en hipertensión para adulto crónico(7), descenso en la agudización de pacientes con EPOC(8), etc. Destacamos en todas ellas la notable utilidad que ofrecen para la mejora de la salud y el bienestar, en sintonía a nuestra percepción tras la experiencia recibida en el Centro. Así, resaltamos y reforzamos la importancia de la atención primaria orientada a la comunidad.

CONCLUSIÓN:

Dado que el abordaje se realizó de manera anónima, fue imposible precisar el número concreto de pacientes que finalmente solicitaron cita a raíz de la intervención. Sí nos gustaría destacar que se registró un aumento en la afluencia de pacientes interesados en el abandono del tabaco durante los días posteriores.

Debido al gran impacto que supone en la salud y el bienestar poblacional nuestra presencia y actividad, guiaremos nuestra formación como residentes siguiendo esta línea de actuación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía práctica para la participación comunitaria y la rendición de cuentas a la comunidad. Cruz Roja Argentina. Disponible en [https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/10/GUIA-CE A-FINAL-DIGITAL-2.pdf](https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/10/GUIA-CE-A-FINAL-DIGITAL-2.pdf)
2. BOE.es - BOE-A-2010-10364 Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. [Internet]. Www.boe.es. 2022. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-10364>
3. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018 [What we mean when we talk about "community health". SESPAS Report 2018]. Gac Sanit. 2018 Oct;32 Suppl 1:5-12. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.07.005. Epub 2018 Sep 25. PMID: 30266477.
4. Cofiño R, Prieto M, Hernán-García M. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria. Gaceta Sanitaria. 2023;37:102254.
5. Programa de apoyo a la cesación tabáquica - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde [Internet]. www.sergas.es. [cited 2024 Jun 7]. Available from: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Programa-apoio-cesacion-tabaquica?idioma=es>
6. Torres-Omaña S, Fernández-Fraile S, Casares AMV, Mauriz E. Eficacia de una intervención educativa sobre conocimientos en resucitación cardiopulmonar (RCP) en estudiantes de Enseñanza Secundaria [Internet]. dialnet.unirioja.es. Octaedro; 2020. p. 621-9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7272109>
7. Investigación RS. Trabajo de investigación: propuesta de programa de educación para la salud a pacientes con hipertensión en el entorno comunitario. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [cited 2024 Jun 7]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trabajo-de-investigacion-propuesta-de-programa-de-educacion-para-la-salud-a-pacientes-con-hipertension-en-el-entorno-comunitario/utm_content=cmp-true
8. Martínez Ibán M, Alonso Porcel C, Sánchez Rodríguez LM, Arce Rodríguez A, Díaz Pérez P, Arboleya Álvarez L. Eficacia de una intervención educativa breve sobre el correcto uso de los inhaladores en la prevención de agudizaciones en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Medicina de Familia SEMERGEN. 2019 Jan;45(1):15-22.

2024
20 e 21 de xuño
III CONGRESO
DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA
Abrindo horizontes, superando barreiras



CONSULTA A PIE DE CALLE: IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS

Autores: Castro Fernández, Lucia(1); Serrano Fariñas, Leticia(1); Herrero Domínguez, Eva(1); Tuimil Alvariño, Manuel(1); Torres Álvarez, Patricia(2)
1- Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria UDMAFyC Área Sanitaria de Ferrol - C.S. Narón
2. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria - C.S. Narón

INTRODUCCIÓN

ATENCIÓN COMUNITARIA Consiste en poner el foco de atención en la comunidad

Durante el período formativo los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria deben adquirir competencias en salud pública y comunitaria

- Competencias en salud pública
- Competencias en salud comunitaria
- Análisis de la situación comunitaria
- Planificación y desarrollo de programas de promoción comunitaria

METODOLOGÍA

Objetivo: Realizar una intervención comunitaria educativa de Nivel 2 vinculada a un programa de promoción de la salud. Con motivo del día Mundial Sin Tabaco 2024 se realizó una mesa informativa el día 31 de mayo en el Centro de Salud de Narón, en la cual se abordó a las personas que en este día acudieron al Centro durante la jornada matutina. Se elaboraron y entregaron 2 infografías originales: una con información sobre mitos y consejos, y otra con 12 razones para dejar de fumar. Así mismo, se proporcionaron las guías de la Xunta de Galicia de apoyo a la cesación tabáquica: “Vou deixar de fumar” y “Xa non fumo”

INFOGRAFÍAS

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
ÁREA SANITARIA DE FERROL

12 RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR

- FUMAR MATA**
El tabaco es responsable de más de 8 millones de muertes al año
- TOS Y FATIGA**
Dejar de fumar mejora estos síntomas cuando reduces actividades
- PREVENIR ENFERMEDADES**
Especialmente aquellas relacionadas con el corazón
- AHORRA DINERO**
De media se gastan más de 1500 € al año, más de 130€ al mes
- CUIDA TU PIEL**
El tabaco acelera el envejecimiento
- CUIDA DE LOS TUYOS**
Evita enfermedades en personas cercanas por el consumo pasivo
- HIGIENE BUCODENTAL**
Zufa el mal aliento de aliento y los problemas en dientes y encías
- PRACTICAR DEPORTE**
Mejora tu capacidad pulmonar, practica deporte con menos esfuerzo
- PRESIÓN LABORAL O FAMILIAR**
Cada vez es más difícil fumar en sitios públicos
- DAR EJEMPLO A LOS TUYOS**
Especialmente a los niños, que tienden a copiar los comportamientos
- DEPENDENCIA DE LA NICOTINA**
Aumenta tu libertad y autonomía, ya que la nicotina es adictiva
- CUIDA LA NATURALEZA**
Los cigarrillos son una gran fuente de desechos

C.S. Narón

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
ÁREA SANITARIA DE FERROL
Centro de Salud de Narón

31 MAYO: DÍA MUNDIAL SIN TABACO

MITOS DEL TABACO

MITO: Fumar un cigarrillo relaja y alivia el estrés
REALIDAD: El tabaco es un estimulante. El “alivio” que siente al fumar se debe a la supresión de los sistemas de abstinencia

MITO: Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera
REALIDAD: La dependencia del tabaco es difícil de cortar y para dejar de fumar hay que tenerse muy a serio

MITO: Cuando se deja de fumar se pasa muy mal, es peor el remedio que la enfermedad
REALIDAD: Dejar de fumar no es fácil, como ocurre con cualquier otra adicción, pero es posible. Existen una amplia gama de tratamientos farmacológicos y psicológicos que te pueden ayudar

ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Coméntalo a tus familiares, amigos, compañeros de trabajo... que van a dejar de fumar y pídeles apoyo

Busca el primer signo de la adicción o de ansiedad, y cuando lo sientas habla con tu médico o enfermera

No acumules tabaco. Cambia de marca

Escríbele una lista de motivos para dejar de fumar, y ponlos en un lugar visible

Antes de acceder al registro, piensa por qué lo vas a hacer. Mantén un fumar de forma secundaria

BENEFICIOS DE ABANDONAR EL TABACO

30 MIN TRAS DEJARLO
El nivel de nicotina y la presión sanguínea bajan. Comienza a sentirte un poco mejor.

8 HORAS TRAS DEJARLO
El nivel de nicotina en el cuerpo es cero. Comienza a sentirte un poco mejor.

24 HORAS TRAS DEJARLO
El riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular se reduce a la mitad.

BENEFICIOS ECONÓMICOS
Cortar de fumar ahorra dinero en el mes y en el resto de tu vida.

CUIDAS LA SALUD DE LOS DEMÁS
Dejar de fumar reduce la cantidad de que se libera, reduciendo el riesgo de que otros se enfermen.

BENEFICIOS FÍSICOS
Mejora el corazón y el sistema de flujo de sangre. Reduce el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.

RESULTADOS

Más de 100 abordajes
38 personas solicitaron información detallada
16 solicitaron consulta para iniciar proceso
20 Test Fagerström

DISCUSIÓN

Las intervenciones comunitarias demuestran una mejora en la salud y el bienestar destacando:

- Prevención de enfermedades
- Disminución de exacerbaciones
- Adquisición de conductas saludables

Resaltamos por ello la importancia de la atención primaria orientada a la comunidad

CONCLUSIÓN

Se registró un aumento de la afluencia de pacientes interesados en el abandono del tabaco durante los días posteriores

Debido al gran impacto sobre la salud y el bienestar poblacional guiaremos nuestra formación como residentes siguiendo esta línea de actuación



En busca de la recuperación: el manejo eficaz del tratamiento farmacológico según el modelo IMR

Vázquez Rumbo, Sara¹; Lage Beceiro, Yolanda María¹; Otero Otero, Antía¹; Nieto Dios, Miguel¹; García Álvarez, Aitana²; Lorenzo Tojeiro, María del Carmen³

¹Enfermera Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol

²Enfermera Especialista Salud Mental Unidad Hospitalización Breve Psiquiatría, Área Sanitaria de Ferrol

³Enfermera Unidad de Salud Mental Caranza, Área Sanitaria de Ferrol

INTRODUCCIÓN:

El grupo de Grupo de trabajo "Recuperación y Cuidados en Salud Mental" de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) trabaja desde hace años la perspectiva de recuperación. Desde esta, las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) requieren de un acompañamiento diferente al habitual, siendo siempre el protagonista el propio usuario; lo que llevó a la adaptación en español de la Práctica Basada en la Evidencia Illness Management and Recovery (IMR). El material, enfocado al manejo de usuarios con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión grave; está conformado por 11 guías para profesionales y folletos de educación terapéutica, entre los que se aborda el manejo eficaz del tratamiento farmacológico.

OBJETIVO:

Mejorar el manejo eficaz del tratamiento farmacológico en usuarios con TMG mediante el modelo IMR.

MÉTODO:

Previo a iniciar la intervención psicoeducativa según el modelo IMR, el profesional revisará la guía para profesionales del mismo. El desarrollo podrá realizarse en sesiones individuales o grupales, que se distribuirán en un total de 2-4 sesiones. Además, al usuario se le facilitará el folleto de educación terapéutica correspondiente.

RESULTADOS:

Dado que se trata de una propuesta, no es posible aportar resultados acerca de la misma; pero sí nos planteamos como resultado esperado el poder cumplir el objetivo previamente descrito.

CONCLUSIONES:

Consideramos que el modelo del IMR nos facilita unas herramientas, tanto a profesionales como a usuarios, sencillas y prácticas de cara a trabajar en busca de la recuperación del usuario. De esta forma, realizamos una intervención individualizada en la cual el usuario es partícipe, lo que favorece la adherencia al propio tratamiento.

EN BUSCA DE LA RECUPERACIÓN: EL MANEJO EFICAZ DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN EL MODELO ILLNESS MANAGEMENT AND RECOVERY (IMR)

Vázquez Rumbo, Sara; Lage Beceiro, Yolanda María; Otero Otero, Antía; Nieto Dios, Miguel; García Álvarez, Aitana; Lorenzo Tojeiro, María del Camen

1 INTRODUCCIÓN



La práctica basada en la evidencia *Illness Management and Recovery (IMR)* trabaja desde la perspectiva de **recuperación** en el Trastorno Mental Grave (TMG). Su material está compuesto por **11 guías** para profesionales y **folletos** de educación terapéutica, entre los que se aborda el manejo eficaz del tratamiento farmacológico.



2 OBJETIVO



Mejorar el manejo eficaz del tratamiento farmacológico en usuarios con TMG mediante el modelo IMR

4 RESULTADOS



No podemos aportar resultados al tratarse de una propuesta de trabajo.

3 METODOLOGÍA



- 2 - 4 sesiones psicoeducativas individuales o grupales.
- Repaso de la guía para profesionales por el profesional y entrega del folleto de educación terapéutica al usuario.
- Empleo de **estrategias motivacionales, educacionales y cognitivo - conductuales.**

5 CONCLUSIONES



Consideramos que el IMR nos puede ofrecer **herramientas sencillas y prácticas** tanto a profesionales como usuarios en la realización de una intervención **individualizada** cara la **mejora del manejo eficaz del tratamiento farmacológico** junto a los usuarios con TMG.

6 BIBLIOGRAFÍA



2024 20 y 21 de junio
III CONGRESO
DE FORMACIÓN
SANITARIA ESPECIALIZADA
Abriendo horizontes, superando barreras



Propuesta enfermera sobre el manejo del consumo de sustancias tóxicas en personas con trastorno de salud mental grave según el modelo IMR

Nieto Dios, Miguel¹; Otero Otero, Antía¹; Lage Beceiro, Yolanda María¹; Vázquez Rumbo, Sara¹; García Álvarez, Aitana

¹Enfermera Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol

²Enfermera Especialista Salud Mental Unidad Hospitalización Breve Psiquiatría, Área Sanitaria de Ferrol

INTRODUCCIÓN:

El grupo de trabajo perteneciente a la AEESME centrado en la recuperación y cuidados de la salud mental, adaptó al español la "Illness Management and Recovery (IMR)". Esta guía está diseñada para personas con trastorno mental grave y la misma comprende 11 guías para profesionales y diversos folletos de educación sanitaria. Los diferentes materiales abordan temas relevantes orientados hacia el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave, siendo uno de ellos el manejo de sustancias tóxicas.

OBJETIVO:

Proporcionar la información y herramientas necesarias para conseguir una disminución o el cese del consumo de sustancias tóxicas en usuarios con trastorno mental grave mediante el modelo IMR.

MÉTODO:

A través de diferentes estrategias (motivacionales, educativas y cognitivo-conductuales) se realizarán entre 1 y 6 sesiones, tanto individuales como grupales, a los usuarios según su perfil y su motivación para el cambio en relación con el consumo de las sustancias tóxicas. Además, se entregarán folletos informativos para dar apoyo a las sesiones según corresponda.

RESULTADOS:

Dada la naturaleza de la propuesta, no podemos mostrar resultados concretos en este momento. No obstante, aplicando este método esperamos poder cumplir el objetivo descrito.

CONCLUSIONES:

El método IMR puede ser una guía práctica útil, la cual nos brinda herramientas sencillas y prácticas para mejorar los resultados en el tratamiento de la salud mental, proporcionando un enfoque individualizado, efectivo y participativo que beneficia tanto a profesionales como a usuarios.

BIBLIOGRAFÍA:

Manejo y Recuperación de un problema de salud mental grave (IMR) [internet]. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. AEESME; 2020 [consultado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/07/AEESME.-Libro-Recuperaci%C3%B3n-IMR-2020.pdf>

2024 20 y 21 de junio
III CONGRESO
DE FORMACIÓN
SANITARIA ESPECIALIZADA
Abriendo horizontes, superando barreras

PROPUESTA ENFERMERA SOBRE EL MANEJO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE SEGÚN EL MODELO IMR

(1) Nieto Díos, Miguel; (1) Otero Otero, Antía; (1) Lage Beceiro, Yolanda María; (1) Vázquez Rumbo, Sara; (2) García Álvarez, Aitana.

(1) Enfermera Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol.

(2) Enfermera Especialista Salud Mental Unidad Hospitalización Breve Psiquiatría, Área Sanitaria de Ferrol.

1

INTRODUCCIÓN

El grupo de trabajo perteneciente a la AEESME centrado en la recuperación y cuidados de la salud mental, adaptó al español la "Illness Management and Recovery (IMR)". Esta guía está diseñada para personas con trastorno mental grave y la misma comprende 11 guías para profesionales y diversos folletos de educación sanitaria. Los diferentes materiales abordan temas relevantes orientados hacia el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave, siendo uno de ellos el manejo de sustancias tóxicas.



2

OBJETIVO

Proporcionar la información y herramientas necesarias para conseguir una disminución o el cese del consumo de sustancias tóxicas en usuarios con trastorno mental grave mediante el modelo IMR.



3

MÉTODO

A través de diferentes estrategias motivacionales, educativas y cognitivo-conductuales, se realizarán entre 1 y 6 sesiones, tanto individuales como grupales, a los usuarios según su perfil y su motivación para el cambio en relación con el consumo de las sustancias tóxicas. Además, se entregarán folletos informativos para dar apoyo a las sesiones según corresponda.

4

RESULTADOS

Dada la naturaleza de la propuesta, no podemos mostrar resultados concretos en este momento. No obstante, aplicando este método esperamos poder cumplir el objetivo descrito.

5

CONCLUSIONES

El método IMR puede ser una guía práctica útil, la cual nos brinda herramientas sencillas y prácticas para mejorar los resultados en el tratamiento de la salud mental, proporcionando un enfoque individualizado, efectivo y participativo que beneficia tanto a profesionales como a usuarios.

BIBLIOGRAFÍA



¿Qué es la Formación Sanitaria Especializada en España? ¿cómo puedo acceder si soy extranjero?

María Gracia García Romero , Ingry Yineth Bustos Contreras

¿QUÉ ES LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA?

La Formación Sanitaria Especializada (FSE) es la enseñanza basada en el sistema de residencia como vía para la formación de todas las especialidades en Ciencias de la Salud. Este sistema se basa en el aprendizaje centrado en el profesional, que consiste en una práctica clínica programada, supervisada y retribuida que permite asumir de forma progresiva las responsabilidades a medida que avanza en el proceso formativo. Se establece una vinculación laboral entre el especialista en formación y el Servicio de Salud mediante un contrato especial de doble carácter, laboral y formativo.

¿CÓMO SE PUEDE ACCEDER A LA FSE?

El acceso a una plaza de especialista en formación se realiza mediante convocatoria anual de pruebas selectivas de ámbito estatal, publicada en el Boletín Oficial del Estado y abierta a personas que han finalizado los estudios de Medicina, Farmacia, Enfermería Psicología, Biología, Bioquímica y Física.

ACCEDER A LA FSE COMO EXTRANJERO

Homologación del título de Medicina: el Ministerio de Educación es la entidad gubernamental encargada de dicha homologación, el objetivo de ésta es equiparar el título de Medicina expedido por un país extranjero con el título español.

Visado de estudios (en caso de realizar la preparación del examen MIR de forma presencial en España): proceso que es realizado en el Consulado de España del país de origen del opositor.

BARRERAS

Alto coste económico para la obtención y legalización de la documentación requerida para realizar el proceso de homologación.

Largo plazo de espera (2 años) por el trámite de homologación de título de Medicina.

Complejidad del examen MIR.

EXTRANJEROS EN EL MIR DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

En 2019 uno de cada cuatro admitidos al examen MIR fue extranjero, Colombia fue el país que más personas atrajo (699), seguido por Ecuador (394) y Venezuela (351). En 2020 Colombia tuvo 715 aspirantes, Ecuador 400 aspirantes y Venezuela 399 aspirantes. En el año 2021 fueron admitidos 437 colombianos, 347 ecuatorianos y 201 peruanos. En el MIR 2022, continuó liderando Colombia con 855 opositores, seguido de Ecuador con 537 opositores y Venezuela con 366 opositores. En 2023 fueron admitidos 644 médicos colombianos, 337 médicos ecuatorianos y 268 médicos venezolanos. Y finalmente en el MIR 2024 Colombia encabezó nuevamente el listado con 1.006 aspirantes, en segundo lugar de mayor representación destacó Ecuador, con 476 aspirantes y el podio lo completó Perú, con 323 médicos.

CONCLUSIONES

La FSE en España atrae cada vez más a los médicos extranjeros por su programa formativo de excelencia. El lograr obtener una plaza no es sencillo, ya que la demora burocrática en el proceso de homologación sumada a las largas horas de estudio que conlleva la preparación pueden resultar muy frustrantes; sin embargo, la espera se ve gratamente recompensada al obtener la plaza deseada, accediendo de esta forma al sistema sanitario español, el cual es considerado desde 2017 como el tercer mejor sistema sanitario a nivel mundial.

¿Qué es la Formación Sanitaria Especializada en España?

¿Cómo puedo acceder si soy un médico extranjero?

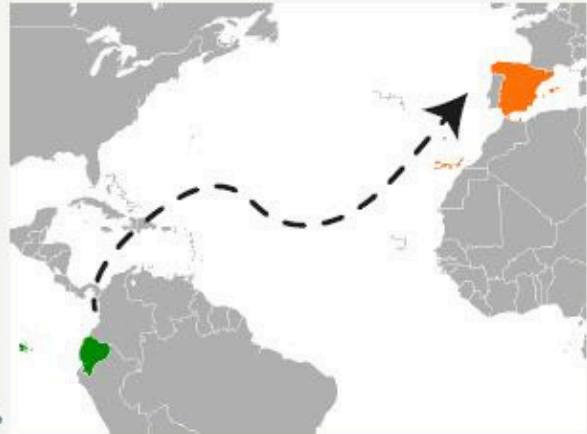
AUTORES

María Gracia García Romero. Residente de primer año de la especialidad de Neurología.

DATOS DE AFILIACIÓN

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servicio Galego de Saúde (SERGAS).

Ingrí Yineth Bustos Contreras. Residente de segundo año de la especialidad de Neurología



¿QUÉ ES LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA?

La Formación Sanitaria Especializada (FSE) es la enseñanza basada en el sistema de residencia como vía para la formación de todas las especialidades en Ciencias de la Salud. Este sistema se basa en el aprendizaje centrado en el profesional, que consiste en una práctica clínica programada, supervisada y retribuida que permite asumir de forma progresiva las responsabilidades a medida que avanza en el proceso formativo. Se establece una vinculación laboral entre el especialista en formación y el Servicio de Salud mediante un contrato especial de doble carácter, laboral y formativo (1).

¿CÓMO SE PUEDE ACCEDER A LA FSE?

El acceso a una plaza de especialista en formación se realiza mediante convocatoria anual de pruebas selectivas de ámbito estatal, publicada en el Boletín Oficial del Estado y abierta a personas que han finalizado los estudios de Medicina, Farmacia, Enfermería, Psicología, Biología, Bioquímica y Física (2).

ACCEDER A LA FSE COMO EXTRANJERO

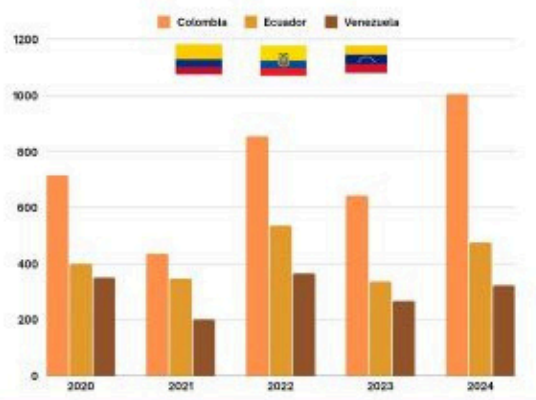
- Homologación del título de Medicina: El Ministerio de Educación es la entidad gubernamental encargada de dicha homologación, el objetivo de ésta es equiparar el título de Medicina expedido por un país extranjero con el título español.
- Visado de estudios (en caso de realizar la preparación del examen MIR de forma presencial en España): Proceso que es realizado en el Consulado de España del país de origen del opositor.

BARRERAS

- Alto coste económico para la obtención y legalización de la documentación requerida para realizar el proceso de homologación.
- Largo plazo de espera (2 años) por el trámite de homologación de título de Medicina.
- Complejidad del examen MIR.

EXTRANJEROS EN EL MIR DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

En 2019 uno de cada cuatro admitidos al examen MIR fue extranjero, Colombia fue el país que más personas atrajo (699), seguido por Ecuador (394) y Venezuela (351). En 2020 Colombia tuvo 715 aspirantes, Ecuador 400 aspirantes y Venezuela 399 aspirantes. En el año 2021 fueron admitidos 437 colombianos, 347 ecuatorianos y 201 peruanos. En el MIR 2022, continuó liderando Colombia con 855 opositores, seguido de Ecuador con 537 opositores y Venezuela con 366 opositores. En 2023 fueron admitidos 644 médicos colombianos, 337 médicos ecuatorianos y 268 médicos venezolanos. Y finalmente en el MIR 2024 Colombia encabezó nuevamente el listado con 1.008 aspirantes, en segundo lugar de mayor representación destacó Ecuador, con 478 aspirantes y el podio lo completó Perú, con 323 médicos (3,4,5,6,7,8).



CONCLUSION

La FSE en España atrae cada vez más a los médicos extranjeros por su programa formativo de excelencia. El lograr obtener una plaza no es sencillo, ya que la demora burocrática en el proceso de homologación sumada a la largas horas de estudio que conlleva la preparación pueden resultar muy frustrantes; sin embargo, la espera se ve gratamente recompensada al obtener la plaza deseada, accediendo de esta forma al sistema sanitario español, el cual es considerado desde 2017 como el tercer mejor sistema sanitario a nivel mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MIR. Formación sanitaria especializada. [Internet]. <https://www.mir.es/>. [Acceso el 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mir.es/>
2. Resolución de 17 de junio de 2024, de la Dirección General de Evaluación y Acreditación de la Formación Profesional, por la que se publica el Boletín Oficial del Estado de 17 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/1996/1996-06/1996-06-17/BOE-A-2024-11111.html>
3. Resolución de 17 de junio de 2024, de la Dirección General de Evaluación y Acreditación de la Formación Profesional, por la que se publica el Boletín Oficial del Estado de 17 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/1996/1996-06/1996-06-17/BOE-A-2024-11111.html>
4. Examen MIR 2020 con de cada cinco admitidos procedentes de extranjero. [Internet]. <https://www.mir.es/>. [Acceso el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mir.es/>
5. MIR 2021: Nacional publica el listado de admitidos a examen. [Internet]. <https://www.mir.es/>. [Acceso el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mir.es/>
6. Examen MIR 2022: 10.042 opositores en la lista de admitidos. [Internet]. <https://www.mir.es/>. [Acceso el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mir.es/>
7. Examen MIR 2023: 10.042 opositores en la lista de admitidos. [Internet]. <https://www.mir.es/>. [Acceso el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mir.es/>
8. Los países que más médicos extranjeros atraen al MIR. [Internet]. <https://www.mir.es/>. [Acceso el 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mir.es/>



Reglamento para elaboración de trabajos fin de residencia: una herramienta de apoyo a la formación en investigación

José María Rumbo Prieto¹; María Luisa Fraga Sampedro¹; Patricia Torres Álvarez²

¹Área Sanitaria de Ferrol. Unidad de Soporte al Conocimiento (USCO)

²CS de Narón

INTRODUCCIÓN:

Tal y como se indica en la Guía Itinerario Formativo Tipo (GIFT) de las diferentes especialidades, se consideran competencias prioritarias aquellas encaminadas a mejorar la práctica enfermera a través de la investigación en los cuidados de enfermería y la participación en líneas de investigación. Para el cumplimiento de estas funciones en el ámbito de la labor investigadora, la comisión de docencia realizará actividades formativas encaminadas a promover y potenciar la actividad investigadora de los residentes, y facilitar las herramientas que permitan adquirirlas. Por ello, desde la Área Sanitaria de Ferrol (ASF), se ha pensado en el desarrollo de un reglamento que sintetice todos los pasos para realizar el trabajo fin de residencia (TFR), de acorde a las competencias en el área de la investigación

OBJETIVO:

Diseñar y presentar un reglamento para la elaboración de un TFR dirigido a los/as enfermeras/os interno residentes (EIR) de la ASF.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de revisión y elaboración de un reglamento para el adecuado desarrollo de un TFR de investigación, previa consulta bibliográfica de contenidos y competencias atribuidas a los EIR, tanto en la página del Ministerio de Educación, Ciencia y Universidades, como en el Boletín Oficial del Estado y, en las principales bases de datos de la salud (PubMed, WoS y Scopus). Selección de contenidos y redacción a través de grupo nominal y varias rondas de cribado. El texto final fue aprobado por la comisión y dirección con competencia en el tema.

RESULTADOS:

Tras la elaboración del texto principal, y superar 4 rondas de revisión, el formato final del reglamento aprobado en la comisión de docencia permite a los EIR elegir 6 modalidades (revisión sistemática cuantitativa o cualitativa, estudio de investigación cuantitativo o cualitativo y proyecto de investigación cuantitativo o cualitativo); así como organizar todo el proceso de elección de tutores, normas de redacción, presentación y defensa, entre otros aspectos.

CONCLUSIONES:

Estandarizar y regular el proceso de elaboración del TFR supuso para la Unidad de Soporte al Conocimiento (USCO), eliminar y/o reducir errores de comunicación, gestionar mejor el tiempo y los recursos disponibles; de cara a los EIR, se les facilitó una herramienta de apoyo a la formación en investigación que permite aclarar conceptos y mejorar la redacción científica de sus proyectos.

INTRODUCCIÓN:

Tal y como se indica en la Guía Itinerario Formativo Tipo (GIFT) de las diferentes especialidades, se consideran competencias prioritarias aquellas encaminadas a mejorar la práctica enfermera a través de la investigación en los cuidados de enfermería y la participación en líneas de investigación. Para el cumplimiento de estas funciones en el ámbito de la labor investigadora, la comisión de docencia realizará actividades formativas encaminadas a promover y potenciar la actividad investigadora de los residentes, y facilitar las herramientas que permitan adquirirlas. Por ello, desde la Área Sanitaria de Ferrol (ASF), se ha pensado en el desarrollo de un reglamento que sintetice y facilite todos los pasos para realizar el trabajo fin de residencia (TFR), de acorde a las competencias en el área de la investigación.



CONCLUSIONES:

Estandarizar y regular el proceso de elaboración del TFR supuso para la Unidad de Soporte al Conocimiento (USCO), eliminar y/o reducir errores de comunicación, gestionar mejor el tiempo y los recursos disponibles; de cara a los EIR, se les facilitó una herramienta de apoyo a la formación en investigación que permite aclarar conceptos y mejorar la redacción científica de sus proyectos.

REGULAMENTO PARA A ELABORACIÓN DE TRABALLOS DE INVESTIGACIÓN PARA ENFERMEIROS/AS INTERNOS RESIDENTES (EIR)

Área Sanitaria de Ferrol

04/2024

DATA APROBACIÓN		RESPONSABLE
FECHA	SALA	COMISIÓN DE DIRECCIÓN
FORMATO DE CAMBIO		
REGIÓN	SALA	MODIFICACIÓN

OBJETIVO:

Diseñar y presentar un reglamento para la elaboración de un TFR dirigida a los/as enfermeros/as interno residentes (EIR) de la ASF.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de revisión y elaboración de un reglamento para el adecuado desarrollo de un TFR de investigación, previa consulta bibliográfica de contenidos y competencias atribuidas a los EIR, tanto en la página del Ministerio de Sanidad y política Social como en el Boletín Oficial del Estado y, en las principales bases de datos de la salud (PubMed, WoS y Scopus). Selección de contenidos y redacción a través de grupo nominal y varias rondas de cribado. El texto final fue aprobado por la comisión y dirección con competencia en el tema.

REGULAMENTO PARA A ELABORACIÓN DE TRABALLOS DE INVESTIGACIÓN PARA ENFERMEIROS/AS INTERNOS RESIDENTES (EIR)

Área Sanitaria de Ferrol

04/2024

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. ADECUACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

4. SELECCIÓN DE TEMAS

5. REDACCIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

6. EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

REGULAMENTO PARA A ELABORACIÓN DE TRABALLOS DE INVESTIGACIÓN PARA ENFERMEIROS/AS INTERNOS RESIDENTES (EIR)

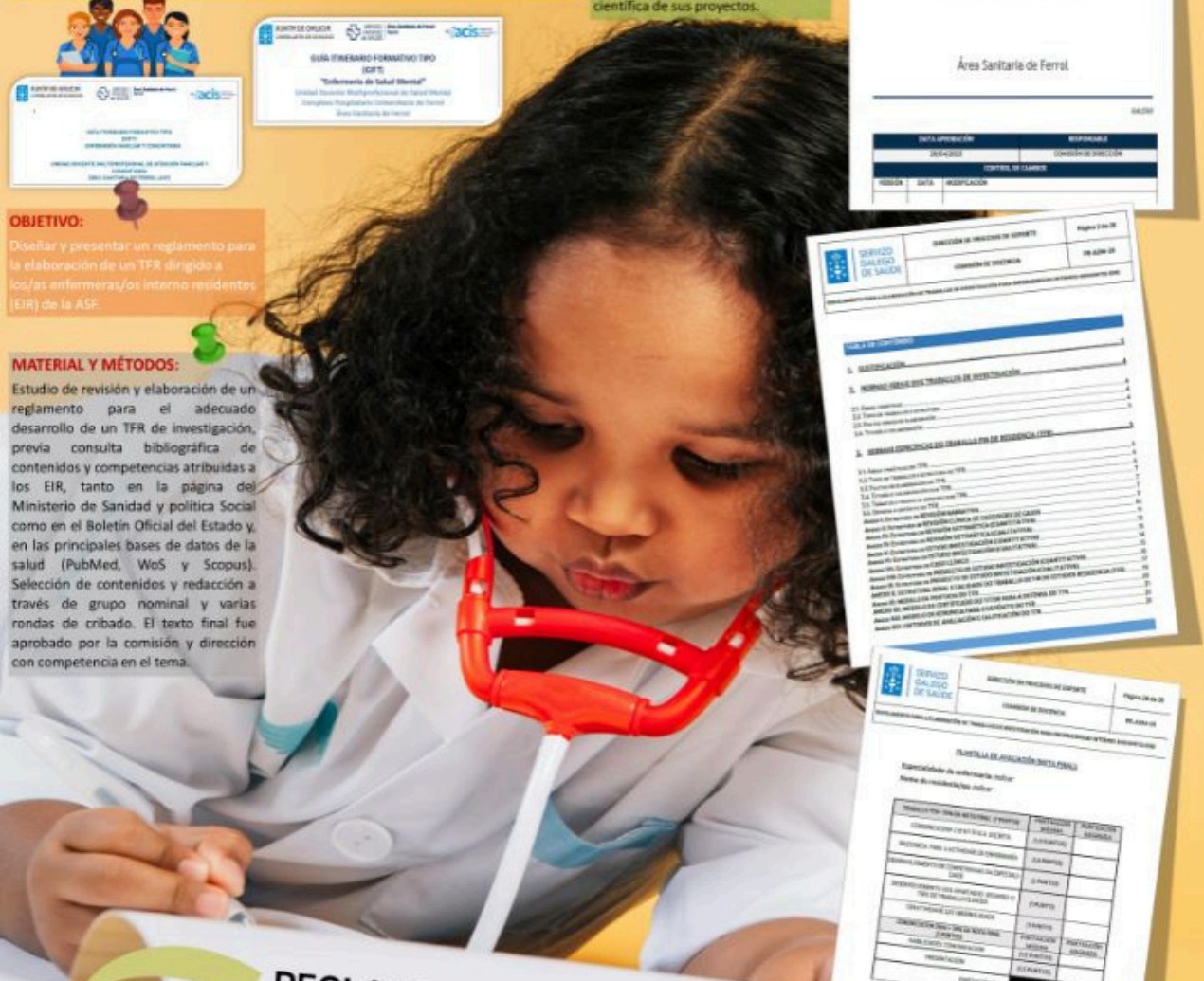
Área Sanitaria de Ferrol

04/2024

GRUPELA DE AVALIACIÓN DE CALIDADE

INDICADOR	EXISTENCIA	ADAPTACIÓN	ACTUALIZACIÓN
INFORMACIÓN SOBRE MEDICINA E PRAXIS	SI/NO	SI/NO	SI/NO
CONSEGUENCIA DA PRAXIS NA DESESA	SI/NO	SI/NO	SI/NO
RECIBIDA PARA AACTIVIDADE DA COMISIÓN	SI/NO	SI/NO	SI/NO
FORMALIZACIÓN DO TFR (TÍTULO, RESUMEN, OBJETIVOS)	SI/NO	SI/NO	SI/NO
RELEVANCIA DO TFR (RELEVANCIA CLÍNICA E DE INVESTIGACIÓN)	SI/NO	SI/NO	SI/NO
CONSEGUENCIA DO TFR NA PRAXIS	SI/NO	SI/NO	SI/NO
ACTUALIZACIÓN DO TFR (RELEVANCIA CLÍNICA E DE INVESTIGACIÓN)	SI/NO	SI/NO	SI/NO
RELEVANCIA DO TFR NA PRAXIS	SI/NO	SI/NO	SI/NO
RELEVANCIA DO TFR NA PRAXIS	SI/NO	SI/NO	SI/NO
RELEVANCIA DO TFR NA PRAXIS	SI/NO	SI/NO	SI/NO

AVIACIÓN: NUMÉRICA, CUALITATIVA



REGLAMENTO PARA ELABORACIÓN DE TRABAJOS FIN DE RESIDENCIA: UNA HERRAMIENTA DE APOYO A LA FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Autores: José María Rumbo Prieto; María Luisa Fraga Sampedro; Patricia Torres Álvarez.



20 y 21 de junio
III CONGRESO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA
Abriendo horizontes, superando barreras

Resultados



Siete pasos hacia la información de salud en La Gaceta de Coidados de Ferrol

Ana Meizoso Ameneiro¹, Silvia López Díaz Robles², Mónica Aneiros Castro³, Noemí Pérez Felpete⁴, Eva Tizón Bouza⁵, Miguel Ángel Talavera Valverde^{6,7}

1 Enfermera Diálisis. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

2 Supervisora Área de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

3 Enfermera Hospital de Día Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

4 Enfermera Diálisis. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

5 Supervisora de Consultas Externas. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

6 Terapeuta ocupacional. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

7 Departamento Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidade da Coruña

INTRODUCCIÓN:

"La Gaceta de Coidados del Área Sanitaria de Ferrol" es un boletín enfocado al área Sanitaria de Ferrol.

OBJETIVO:

Proporcionar una plataforma para compartir conocimientos y experiencias entre los profesionales de salud del área de Ferrol.

MÉTODO:

Para alcanzar su objetivo, utiliza un proceso de gestión por categorías temáticas, con un trabajo en siete pasos donde se promueve la colaboración entre profesionales de diversas disciplinas sanitarias, ofreciendo un espacio para la discusión e intercambio de ideas innovadoras.

RESULTADOS:

Desde su creación, se ha consolidado como una fuente de información. Ha publicado numerosas contribuciones con las que se espera la reflexión por parte de la persona lectora, con la idea de que pueda influir en el conocimiento de las mejores prácticas profesionales. Entre los temas destacados se encuentran la promoción de la salud, las buenas prácticas, la gestión y un elenco de temas que abordan las inquietudes profesionales de este área.

CONCLUSIONES:

"La Gaceta de Coidados del Área Sanitaria de Ferrol" se ha establecido como una herramienta para la difusión del conocimiento. Mediante su compromiso con la calidad y la innovación, la revista está enriqueciendo el conocimiento de la práctica profesional, beneficiando tanto a los profesionales de la salud como a la comunidad en general.

SIETE PASOS HACIA LA INFORMACIÓN DE SALUD EN LA GACETA DE COIDADOS DE FERROL

Autoría: Ana Meizoso-Ameneiro¹, Silvia López-Díaz-Robles², Mónica Aneiros-Castro³, Noemí Pérez-Felpete⁴, Eva Tizón-Bouza⁵, Miguel-Ángel Talavera-Valverde^{6,7*}



ÁREA SANITARIA DE FERROL

¹ Enfermera Diálisis, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; ² Supervisora Área de Calidad, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; ³ Enfermera Hospital de Día Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; ⁴ Enfermera Diálisis, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; ⁵ Supervisora de Consultas Externas, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; ⁶ Terapeuta ocupacional, Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; ⁷ Departamento Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña.

* autor para la correspondencia: miguel.angel.talavera.valverde@servizo.es



INTRODUCCIÓN

La Gaceta de Coidados del Área Sanitaria de Ferrol boletín informativo dirigido al Área Sanitaria de Ferrol, diseñado por un equipo INTERDISCIPLINAR para mantener informados a profesionales de la salud, colaboradores y partes interesadas dentro del ámbito local. Su propósito es la difusión de información local relevante, avances en investigación, desarrollo profesional, oportunidades de formación continua, aspectos de calidad asistencial, fomento de la colaboración y comunicación interdisciplinaria (Comité editor Gaceta de Coidados, 2024).

OBJETIVO

Proporcionar una plataforma para compartir conocimientos y experiencias entre los profesionales de salud del Área Sanitaria de Ferrol.

MÉTODO

- 1. Reunión de redacción.**
[definir la dirección editorial, planificar el contenido y asignar responsabilidades]
- 2. Redacción por secciones**
[crear contenido detallado y específico para cada sección del boletín]
- 3. Compilación integral de contenidos**
[reunir todos los artículos y elementos gráficos en un formato cohesionado]
- 4. Revisión editorial de contenidos**
[garantizar calidad, coherencia y exactitud de todo el contenido antes de la publicación]
- 5. Primera prueba de ajustes**
[revisión preliminar del boletín, enfocándose en aspectos tipográficos y de diseño]
- 6. Diseño final: revisión de maquetación**
[finalizar diseño y maquetación, asegurando que esté listo para la publicación digital]
- 7. Publicación oficial**
[publicar el boletín y distribuirlo a través de los canales adecuados]

RESULTADOS

1. Variables cuantitativas

3 volúmenes 7 números 8 secciones 60 personas autoras 90% autoras mujeres

2. Variables cualitativas

a) Categorías emergentes [números publicados]

1. Salud y medicina
2. Organización y gestión en salud
3. Terapia ocupacional y salud
4. Calidad asistencial y mejora continua
5. Promoción de la salud y asistencia especializada

b) Categorías emergentes [secciones]

- Editorial**
- Salud y medicina
 - Reflexiones y filosofía
 - Opinión y pensamiento
 - Planificación y organización

- Coidados**
- Salud y medicina
 - Planificación y organización
 - Información y documentación

- Formación e docencia**
- Formación y educación
 - Consejos y superación

- Boas prácticas**
- Salud y prácticas de enfermería
 - Evaluación y resultados
 - Información y reglamentación
 - Inspiración y futuro

- Novas en xestión**
- Calidad asistencial y mejora continua:
 - Roles y prácticas en el cuidado de la salud
 - Prevención y seguridad del paciente
 - Gestión y organización en salud

- Ocupación e saúde**
- Terapia ocupacional y salud
 - Ambientes y ocupación
 - Relación entre ocupación y salud

- Promoción da saúde**
- Empoderamiento y recursos de salud
 - Redes y promoción de la salud

- Espazo aberto**
- Experiencias y relatos
 - Actualización y novedades
 - Salud mental y asistencia especializada
 - Entrevistas y ética asistencial



CONCLUSIÓN

La Gaceta de Coidados del Área Sanitaria de Ferrol se ha establecido como herramienta de difusión del conocimiento. Mediante su compromiso con la calidad y la innovación, enriqueciendo el conocimiento de la práctica profesional, beneficiando a los profesionales de la salud y a la comunidad en general.

Síndrome de Burnout en las residentes de matrona de la unidad docente de Galicia

Muñoz Leiva, Ana; Gómez Moreno, Paula; Pérez Pérez, Sara Mercedes

INTRODUCCIÓN:

El término Burnout se define como "El síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: sentimientos de falta de energía o agotamiento, aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo y una sensación de ineficacia y falta de realización.

Los profesionales de las ciencias de la salud son uno de los colectivos más vulnerables. Varios estudios demuestran que, durante el período formativo, los residentes presentan mayor susceptibilidad, ya sea por factores de riesgo personales, el idealismo de este período formativo, la sobrecarga académica con períodos de teoría o falta de apoyo durante la residencia ya que es un proceso largo y complejo.

OBJETIVOS:

General:

Conocer si existe Síndrome de Burnout en las residentes de matrona de la unidad docente de Galicia.

Específico:

- Conocer si existe agotamiento emocional y su grado
- Conocer si existe realización personal y su grado
- Conocer si existe despersonalización y su grado
- Comparar si existen diferencias entre las diferentes áreas de salud que conforman la unidad docente
- Comparar si existen diferencias en función del año de residencia en curso

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal no experimental de corte descriptivo efectuado durante los meses de marzo y abril de 2024. Los participantes del estudio serán las enfermeras en el período formativo de la especialidad EIR cursando la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica del primer y segundo año de la Unidad docente de Galicia durante el estudio.

La recogida de datos se efectúa entre los meses de marzo 2024 y abril de 2024 mediante la cumplimentación del cuestionario Maslach Burnout Inventory.

RESULTADOS:



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Las residentes presentan Síndrome de Burnout.

Las residentes presentan agotamiento emocional y realización personal de nivel medio

Las residentes presentan un bajo nivel de despersonalización.

Las residentes de segundo año presentan un mayor grado de síndrome de burnout con respecto a las del primer año.

Las residentes del segundo año de Coruña son las que presentan mayor cansancio emocional, en cambio, la residente de primer año de Ourense es la que menos.

Las profesionales con mayor despersonalización son las que ejercen su primer año de residencia en Vigo, a la inversa que en el primer año en Ourense.

Las residentes que se sienten más realizadas con respecto a su actividad laboral son las de Ourense durante el primer año de residencia, al revés que los datos obtenidos en Ferrol.

SINDROME DE BURNOUT EN LAS RESIDENTES DE MATRONA DE LA UNIDAD DOCENTE DE GALICIA

Muñoz Leiva, Ana; Gómez Moreno, Paula; Pérez Pérez, Sara Mercedes
Enfermeras especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica

1 INTRODUCCIÓN

El término Burnout se define como "El síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: Sentimientos de falta de energía o agotamiento, aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo y una sensación de ineficacia y falta de realización.

Los profesionales de las ciencias de la salud son uno de los colectivos más vulnerables. Varios estudios demuestran que, durante el periodo formativo, los residentes presentan mayor susceptibilidad, ya sea por factores de riesgo personales, el idealismo de este periodo formativo, la sobrecarga académica con periodos de teoría o la falta de apoyo durante la residencia ya que es un proceso largo y complejo.

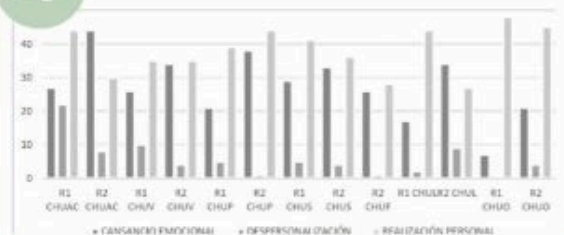
3 MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal no experimental de corte descriptivo efectuado durante los meses de Marzo y Abril de 2024

Los participantes del estudio serán las enfermeras en el periodo formativo de la especialidad EIR cursando la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica del primer y segundo año de la Unidad docente de Galicia durante el estudio la Unidad docente de Galicia durante el estudio..

La recogida de los datos se efectúa entre los meses de marzo 2024 y abril de 2024 mediante la cumplimentación el cuestionario Maslach Burnout Inventory

4 RESULTADOS



2 OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer si existe Síndrome de Burnout en las residentes de matrona de la unidad docente de Galicia.

ESPECIFICOS:

- Conocer si existe agotamiento emocional y su grado.
- Conocer si existe realización personal y su grado.
- Conocer si existe despersonalización y su grado.
- Comparar si existen diferencias entre las diferentes áreas de salud que conforman la unidad docente.
- Comparar si existen diferencias en función del año de residencia en curso

5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las residentes presentan Síndrome de Burnout.

Las residentes presentan agotamiento emocional y realización personal de nivel medio

Las residentes presentan un bajo nivel de despersonalización.

Las residentes de segundo año presentan un mayor grado de síndrome de burnout con respecto a las del primer año.

Las residentes del segundo año de Coruña son las que presentan mayor cansancio emocional, en cambio, la residente de primer año de Ourense es la que menos .

Las profesionales con mayor despersonalización son las que ejercen su primer año de residencia en Vigo, a la inversa que en el primer año en Ourense.

Las residentes que se sienten más realizadas con respecto a su actividad laboral son las de Ourense durante el primer año de residencia, al revés que los datos obtenidos en Ferrol.

Terapia interpersonal aplicada al duelo: a propósito de un caso

Lucía Díaz Riola, Laura Cámara Enriqueta

OBJETIVOS:

Con el presente trabajo se pretende mostrar la intervención realizada desde una Unidad de Salud Mental de adultos en un caso de duelo, utilizando la Terapia Interpersonal, propuesta por Klerman en los años 70 del siglo pasado. En este caso clínico, la paciente es una mujer de mediana edad, soltera y sin hijos, conviviente con sus padres. Había sido la principal cuidadora de su abuela hasta el fallecimiento de la misma tras un proceso de enfermedad prolongado. El duelo presentado por la paciente no manifestaba factores de riesgo para ser considerado duelo complicado o patológico.

METODOLOGÍA:

Las sesiones son llevadas a cabo durante un período de 8 meses, realizando un seguimiento quincenal en un inicio y espaciándose el mismo a medida que la sintomatología presentada por la paciente mejoraba.

Se interviene desde el enfoque que plantea la Terapia Interpersonal, la cual establece la existencia de cuatro áreas problema, que serían: el duelo, las disputas interpersonales, los déficits interpersonales y las transiciones de rol. Se decide realizar un trabajo desde este enfoque debido a que la paciente muestra afectación en dos de las citadas áreas: el duelo y la transición de rol.

RESULTADOS:

A medida que se va realizando la intervención terapéutica con la paciente se aprecia una importante mejoría en la sintomatología anímica manifestada, así como una aceptación de los cambios en su vida.

CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos, se puede concluir que la Terapia Interpersonal se ha mostrado eficaz para trabajar el duelo, facilitando la expresión emocional, la comprensión de la sintomatología y promoviendo una aceptación del cambio de rol al que, en ocasiones, las personas se enfrentan durante un proceso de duelo.

Terapia interpersonal aplicada al duelo: a propósito de un caso



LUCÍA DÍAZ RIOLA, R3 PSICOLOGÍA CLÍNICA
LAURA CÁMARA ENRIQUETA, R2 PSICOLOGÍA CLÍNICA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN

El duelo es la respuesta natural a la muerte de un ser querido. Mientras que la mayoría de los casos no necesitan asistencia especializada para recuperarse de la pérdida, existe una minoría en los que el duelo no evoluciona favorablemente, pasando éstos a considerarse "duelos complicados o patológicos".

Diversos autores plantean tanto diferentes fases como tareas a realizar durante el proceso de duelo. Un reconocido autor en el ámbito de las pérdidas es Worden (2004), quien plantea dos tipos de intervenciones:

- asesoramiento en el duelo: dirigido a facilitar un duelo normal, aliviar el sufrimiento, normalizar la vivencia y reducir el aislamiento
- terapia en duelo: requiere del uso de herramientas de psicoterapia

METODOLOGÍA

Se presenta a continuación el trabajo realizado en un caso de duelo a través de la Terapia Interpersonal de Klerman. Dicha terapia fue propuesta en los años 70 del pasado siglo, pero aparece por primera vez descrita en el año 1984. En un primer momento, esta terapia se concibió para el tratamiento de la depresión pero en la actualidad su eficacia está probada en muchos otros problemas psicológicos.

La Terapia Interpersonal plantea la existencia de cuatro áreas problema, que son:

- El duelo
- Las disputas interpersonales
- Los déficits interpersonales
- Las transiciones de rol

Las sesiones se llevaron a cabo en una Unidad de Salud Mental, durante un período de 8 meses con seguimiento quincenal primeramente y siendo el mismo espaciado a medida que la sintomatología mejoraba.

CASO CLÍNICO

Mujer de mediana edad, soltera y sin hijos. Conviviente con sus padres. Fallecimiento reciente de su abuela, a quien define como "la persona más importante de su vida", a raíz de una Enfermedad de Alzheimer que había padecido los últimos 10 años. La paciente presenta elevado malestar emocional, así como sintomatología en las esferas fisiológica y cognitiva. No se aprecia ningún síntoma que haga sospechar de duelo patológico.

A medida que avanza la terapia, se decide realizar un abordaje desde el modelo de la Terapia Interpersonal debido a que comienzan a vislumbrarse dificultades en dos de las áreas que esta intervención contempla: el duelo y la transición de rol.

La paciente había sido una de las principales cuidadoras de su abuela durante el proceso de enfermedad y, debido a ello, su rol como cuidadora cambió con el fallecimiento de la misma, viéndose en la necesidad de asumir un nuevo rol que comenzara a guiar esta nueva etapa de su vida.

DISCUSIÓN

Basándonos en las dos áreas que plantea la Terapia Interpersonal y que están implicadas en este caso, los objetivos a plantear fueron los que se describen a continuación.

Para trabajar el duelo, nos centramos en facilitar el proceso en sí y en ayudar a la paciente a restablecer el interés en las relaciones actuales. En el trabajo con la transición de rol se buscó que la paciente reconociera y aceptara la pérdida del antiguo rol y se trató de facilitar que contemplara su nuevo rol como positivo, así como que se concibiera a sí misma como capacitada para desenvolverse en el mismo.

CONCLUSIÓN

Con el transcurso de las sesiones, se apreció en la paciente una mejoría en la sintomatología anímica así como una mayor aceptación tanto de la pérdida como de la necesidad de adoptar un nuevo rol que diera significado a su vida.

Cabe mencionar que en este caso no estaban presentes factores de riesgo de duelo complicado que pudieran obstaculizar el buen desarrollo de la terapia.

En el presente, la paciente continúa de alta en Salud Mental y no precisó de más intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Beyebach, M., de Vega, M. H. (2016). 200 tareas en terapia breve. Herder Editorial.
- Diéguez-Porres, M. F., González, F., Fernández-Liria, A. (2012). Terapia Interpersonal. Editorial Síntesis.
- Worden, J. W. (2004). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós.

Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación: Humanización del parto en Ferrol

Natalia Cornide Alonso¹; Alba Pérez Díaz¹

¹R1 Enfermería Obstétrico-Ginecológica

INTRODUCCIÓN:

La Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), también conocida como unidad de atención a la maternidad en una sola habitación (SRMC, por sus siglas en inglés) es un espacio habilitado en el bloque obstétrico para la asistencia a la mujer gestante a lo largo de todos los períodos del proceso de parto vaginal: dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación; y la atención al recién nacido sano.

Los bloques obstétricos con UTPR ofrecen la posibilidad de que todo lo concerniente a la dilatación, parto y posparto se lleve a cabo en una misma sala, lo que aporta determinadas ventajas respecto al sistema de atención tradicional: mayor aprovechamiento del espacio y de los recursos disponibles, eliminación de recorridos innecesarios, simplificación del procedimiento y, sobre todo, mejora de las condiciones ambientales de la mujer.

Estas unidades se desarrollan como una alternativa a la forma clásica de estructurar el proceso de parto, según la cual la asistencia a cada uno de sus períodos se realiza en lugares diferentes: sala de dilatación, paritorio y sala de recuperación. La UTPR responde a una concepción orientada a la humanización del parto, que trata de centrar el proceso en las familias, dirigiéndolo a las necesidades de la mujer y el recién nacido, según la idea de que el parto debe ser considerado más un acontecimiento normal que un acto médico-quirúrgico, y que, en la medida de lo posible, debe compatibilizar la presencia de la familia, con el acceso a la tecnología de apoyo en el momento que su utilización resulte indicada. Por ello, desde comienzos de este año, Ferrol cuenta con una de estas unidades en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUF.

OBJETIVOS:

Determinar los beneficios de la atención a la mujer en las unidades de Trabajo de Parto y Recuperación.

MÉTODOS:

Búsqueda bibliográfica de artículos, estudios y revisiones en inglés y español en la base de datos de PubMed y Google académico.

RESULTADOS:

Tras la revisión de la literatura se consideran 6 citas bibliográficas, obteniendo como conclusión que la atención a la maternidad en las UTPR, parece promover una atención eficaz sin comprometer los resultados maternos o neonatales, además de asociarse a una mejora significativa en la satisfacción de las pacientes debido a factores como el entorno físico, la evitación de traslados y la mejora de la continuidad de la atención de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 26 de agosto de 2016;6(8):e011362.
2. Janssen PA, Klein MC, Harris SJ, Soolsma J, Seymour LC. Single room maternity care and client satisfaction. *Birth Berkeley Calif*. diciembre de 2000;27(4):235-43.
3. Ali E, White D, Bouchal SR, Tough S. Single Room Maternity Care Model: Unit Culture and Healthcare Team Practices. *Int J Nurs Stud Scholarsh* [Internet]. 2019 [citado 5 de junio de 2024];6. Disponible en: <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/ijnss/article/view/67907>
4. Hall M, Afzal A, White DE. Single Room Maternity Care Versus Traditional Maternity Care: A Cross-Sectional Study Examining Differences in Mothers' Perceptions of Readiness for Discharge and Satisfaction and Health Outcomes. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm*. septiembre de 2023;55(3):345-53.
5. Harris SJ, Farren MD, Janssen PA, Klein MC, Lee SK. Single Room Maternity Care: Perinatal Outcomes, Economic Costs, and Physician Preferences. *J Obstet Gynaecol Can*. 1 de julio de 2004;26(7):633-40.
6. Ali E, Norris JM, Hall M, White DE. Single-room maternity care: Systematic review and narrative synthesis. *Nurs Open*. 31 de agosto de 2020;7(6):1661-70.

UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO Y RECUPERACIÓN

Humanización del parto en Ferrol

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR) es un espacio habilitado en el bloque obstétrico para la asistencia a la mujer gestante a lo largo de todos los periodos del proceso de parto vaginal.

Ofrecen la posibilidad de que todo lo concerniente a la dilatación, parto y posparto se lleve a cabo en una misma sala, obteniendo beneficios como mayor aprovechamiento del espacio y de los recursos disponibles, eliminación de recorridos innecesarios, simplificación del procedimiento y, sobre todo, mejora de las condiciones ambientales de la mujer. Por ello, desde principios de 2024 Ferrol cuenta con una de estas unidades en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUF.

OBJETIVO

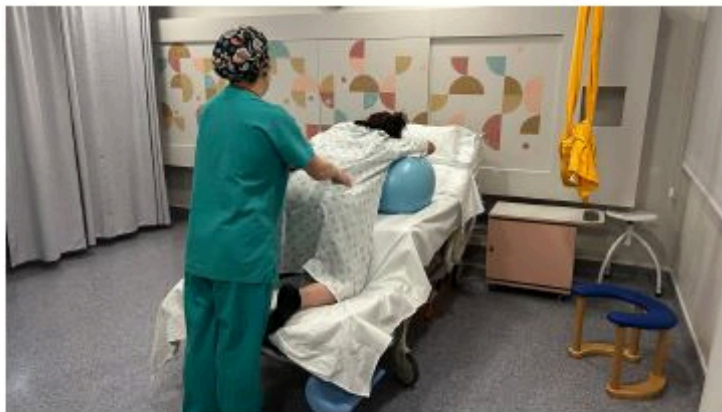
Determinar los beneficios de la atención a la mujer en las unidades de Trabajo de Parto y Recuperación.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica de artículos, estudios y revisiones en inglés y español en la base de datos de PubMed y Google académico.

RESULTADOS

Tras la revisión de la literatura se consideran un total de 6 artículos, obteniendo como conclusión que la atención a la maternidad en las UTPR parece promover una atención eficaz sin comprometer los resultados maternos o neonatales, además de asociarse a una mejora significativa en la satisfacción de las pacientes.



Natalia Cornide Alonso y Alba Pérez Díaz
R1 Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Uso de sulfadiazina argéntica para el tratamiento de quemaduras en Atención Primaria. ¿Es lo correcto?

Diego Mella Tembrás¹; Raquel Lago Cal²; Silvia López Martos³

¹Enfermero Especialista EFyC. CS Pontedeume, Área Sanitaria de Ferrol

²EIR EFyC. CS Pontedeume, Área Sanitaria de Ferrol

³Enfermera Especialista EFyC. CS Ares, Área Sanitaria de Ferrol

INTRODUCCIÓN:

El uso de sulfadiazina argéntica (SDA) como tratamiento de quemaduras ha estado presente desde las décadas de 1960 y 1970. En muchos casos, la bibliografía se refiere a ella como el tratamiento estándar para el manejo de quemaduras. Entre sus ventajas destacan su acción bactericida y bacteriostática, su facilidad de uso, su amplia disponibilidad y su bajo coste. Sin embargo, su uso requiere cambios de apósito frecuentes y riesgo de producir toxicidad en las células presentes en la herida, lo cual se traduce en el aumento de manipulaciones potencialmente dolorosas, riesgo de infección y retrasos en la epitelización.

El catálogo de productos de cura en ambiente húmedo disponible en las consultas de Atención Primaria ofrece numerosas alternativas para que los profesionales de Enfermería actúen frente a este tipo de lesiones.

Por tanto, el objetivo de este estudio será identificar alternativas a la SDA en el abordaje de quemaduras subsidiarias de tratamiento ambulatorio en el contexto de la consulta de Enfermería de Atención Primaria.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica disponible en las bases de datos Pubmed y Cinahl entre los meses de febrero y marzo de 2021. Para la estrategia de búsqueda se han utilizado los términos "Burns", "Wounds and Injuries", "Bandages" y "Treatment".

Se han obtenido un total de 90 documentos. Tras analizar dichos documentos, se seleccionan aquellos que cumplen los criterios de inclusión establecidos, reduciendo finalmente el número a 6 documentos

RESULTADOS:

En los estudios de Wattanaploy et al., Aboelnaga et al. y Chagati et al. se evidenció la inferioridad de la SDA en cuanto al dolor causado durante los cambios de apósito frente a otras modalidades de tratamiento (gel de Polihexanida/Betaina, apósitos de celulosa y apósitos de espuma con plata respectivamente). Nimic et al. sostienen que los apósitos con plata mostraron una epitelización más rápida que la SDA, que además se mostró inferior que otros tratamientos sin plata en cuanto a tiempos de curación. En el estudio de Aziz et al. se comparó la efectividad de la SDA frente al uso de miel en quemaduras. Los resultados mostraron que el uso de miel se tradujo en tiempos de curación menores, mayor proporción de heridas completamente curadas y menor tasa de infecciones. Por último, el estudio de Heyneman et al. expuso que alternativas a la SDA como apósitos de malla con plata nanocristalina, hidrofibras o espumas impregnadas con plata ofrecieron mejores resultados en cuanto a tiempos de curación, puntuaciones de dolor menores durante las curas y mayor grado de satisfacción expresada por el paciente.

CONCLUSIONES:

En los estudios analizados, se evidencia la inferioridad de la sulfadiazina argénica frente a otros tratamientos en cuanto a tiempos de curación y puntuaciones de dolor manifestado por el paciente, por lo que su uso como tratamiento estándar para las quemaduras de 1º y 2º grado superficial en Atención Primaria debe ser puesto en duda. Existen alternativas a la SDA que, en base a la evidencia científica disponible, deben relegarla a un segundo plano. Son necesarias futuras investigaciones que identifiquen cual es el mejor tratamiento para este tipo de lesiones, y definan un estándar para el tratamiento de las mismas.

Uso de Sulfadiazina Argéntica para el tratamiento de quemaduras en Atención Primaria. ¿Es lo correcto?

III CONGRESO GALLEGO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA
"Abriendo horizontes, superando barreras"

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
ÁREA SANITARIA DE FERROL

Autores: Mella Tembrás, Diego⁽¹⁾; Lago Cal, Raquel⁽²⁾; López Martos, Silvia⁽³⁾.

(1) Enfermero Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria, CS Pontevedra, Área Sanitaria de Ferrol.
(2) EIR Enfermería Familiar y Comunitaria, CS Pontevedra, Área Sanitaria de Ferrol.
(3) Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria, CS Ares, Área Sanitaria de Ferrol.

Introducción:

El uso de sulfadiazina argéntica (SDA) como tratamiento de quemaduras ha estado presente desde las décadas de 1960 y 1970. En muchos casos, la bibliografía se refiere a ella como el tratamiento estándar para el manejo de quemaduras. Entre sus ventajas destacan su acción bactericida y bacteriostática, su facilidad de uso, su amplia disponibilidad y su bajo coste. Sin embargo, su uso requiere cambios de apósito frecuentes y riesgo de producir toxicidad en las células presentes en la herida, lo cual se traduce en el aumento de manipulaciones potencialmente dolorosas, riesgo de infección y retrasos en la epitelización.

El catálogo de productos de cura en ambiente húmedo disponible en las consultas de Atención Primaria ofrece numerosas alternativas para que los profesionales de Enfermería actúen frente a este tipo de lesiones.

Por tanto, el objetivo de este estudio será identificar alternativas a la SDA en el abordaje de quemaduras subsidiarias de tratamiento ambulatorio en el contexto de la consulta de Enfermería de Atención Primaria.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica disponible en las bases de datos Pubmed y Cinahl entre los meses de febrero y marzo de 2021. Para la estrategia de búsqueda se han utilizado los términos "Burns", "Wounds and Injuries", "Bandages" y "Treatment".

Se han obtenido un total de 90 documentos. Tras analizar dichos documentos, se seleccionan aquellos que cumplen los criterios de inclusión establecidos para elaborar este trabajo, reduciendo finalmente el número a 6 documentos.

A favor:

- Acción bactericida y bacteriostática frente a Gram+ y Gram-
- Fácil aplicación.
- Amplia disponibilidad.
- Bajo Coste.



Sulfadiazina argéntica (Sivederma)

En contra:

- Requiere cambios de apósito frecuentes (1-2 veces al día en lesiones limpias, cada 4-6h en heridas contaminadas).
- Aumento de manipulaciones potencialmente dolorosas y riesgo de infección.
- No permite el control del exudado en el lecho de la lesión.
- Puede producir toxicidad en el lecho y retrasos en la cicatrización (por la liberación no controlada de plata).

Resultados:

	Gel de Polihexanida/Betaina	Wattanaploy et al. ⁽¹⁾	- No existen diferencias en tiempos de epitelización, tasas de infección y costes. - Puntuaciones de dolor causado por los cambios de vendaje menores con gel de polihexanida/betaina.
Sulfadiazina argéntica vs.	Apósitos de celulosa	Aboenaga et al. ⁽²⁾	- Menor dolor causado durante y tras los cambios de apósito y menor cantidad de curas con los apósitos de celulosa.
	Apósitos de espuma con plata	Chaganti et al. ⁽³⁾	- No diferencias en tiempos de curación. - Disminución del dolor durante las curas con los apósitos de espuma.
	Otros apósitos con o sin plata	Nimra et al. ⁽⁴⁾	- Apósitos con plata: epitelización más rápida. - Tiempos de curación mayores con SDA en comparación con otros tratamientos sin plata.
	Miel	Aziz et al. ⁽⁵⁾	- Tiempos de curación menores, mayor proporción de heridas completamente curadas y menor tasa de infecciones.
	Otros apósitos (ap.plata nanocristalina, hidrofibra con plata)	Heyneman et al. ⁽⁶⁾	- Superioridad frente a la SDA en cuanto a tiempos de curación, menor dolor durante las curas y mayor satisfacción expresada por el paciente.

Conclusiones:

- En los estudios analizados, se evidencia la inferioridad de la sulfadiazina argéntica frente a otros tratamientos en cuanto a tiempos de curación y puntuaciones de dolor manifestado por el paciente, por lo que su uso como tratamiento estándar para las quemaduras de 1º y 2º grado superficial en Atención Primaria debe ser puesto en duda.
- Existen alternativas a la SDA que, en base a la evidencia científica disponible, deberían relegarla a un segundo plano. La mayor parte de dichos tratamientos se incluyen en el catálogo de productos de Cura en Ambiente Húmedo del SERGAS.
- Son necesarias futuras investigaciones que identifiquen cual es el mejor tratamiento para este tipo de lesiones, y definan un estándar para el tratamiento de las mismas.

Bibliografía:

1. Wattanaploy S, Chinarconchal K, Nemrityachota K, Muangrun P. Randomized Controlled Trial of Polyhexanide/Betaine Gel Versus Silver Sulfadiazine for Partial-Thickness Burn Treatment. *Int J Low Extrem Wounds*. 2017 Mar; 16(1): 45-50.
2. Aboenaga A, Srinery M, Adly OA, Ebadawy MA, Abbas AH, Abdelrahman I, Saleh O, Stalwell I. Microbial cellulose dressing compared with silver sulfadiazine for the treatment of partial thickness burns: A prospective, randomized, clinical trial. *Burns*. 2018 Dec; 44(8): 1992-1998.
3. Chaganti R, Gordon I, Chao JH, Zaitsevoli S. A systematic review of foam dressings for partial thickness burns. *Am J Emerg Med*. 2019 Jun; 37(6): 1194-1199.
4. Nimra HH, Cervantes VP, Isaac C, Souza FA, Gempell R, Peggler AO. Comparative study of Silver Sulfadiazine with other materials for healing and infection prevention in burns: A systematic review and meta-analysis. *Burns*. 2019 Mar; 45(2): 282-292.
5. Aziz Z, Abdul Raecol Haseen B. The effects of honey compared to silver sulfadiazine for the treatment of burns: A systematic review of randomized controlled trials. *Burns*. 2017 Feb; 43(1): 50-57.
6. Heyneman A, Hoeksma H, Venderaarctove D, Prinsyah A, Monstey S. The role of silver sulfadiazine in the conservative treatment of partial thickness burn wounds: A systematic review. *Burns*. 2015 Nov; 42(7): 1377-1386.
7. Vidal Vademecum. Sulfadiazina argéntica [Internet]. 29/07/2020 [acceso 30/03/2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-sulfadiazina-herpeticos-d05ba0f>

Uso del Dixit como herramienta terapéutica en población infanto-juvenil

Vázquez Rumbo, Sara¹; Marco Peligro, Sandra²

¹Enfermera Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol

²Psicóloga Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol

INTRODUCCIÓN:

El Dixit es un juego de cartas que, gracias a su habilidad proyectiva y a la profundidad de las imágenes representadas en sus tarjetas, puede utilizarse como herramienta terapéutica para una gran variedad de áreas, siendo de esta forma un medio ideal para la comunicación directa con el inconsciente del paciente.

OBJETIVO:

Valorar los beneficios del uso del Dixit como herramienta terapéutica para favorecer la expresión en consulta de una paciente de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

MÉTODO:

Caso clínico. Se le propuso a la paciente iniciar las consultas eligiendo entre 3-5 cartas Dixit que definían cómo se sentía esa semana, teniendo que asignarle un título a cada una de ellas. Una vez seleccionadas las cartas las analizamos conjuntamente: por qué la había elegido, qué le transmitía la ilustración, si la relacionaba con alguna situación viviera o estuviera viviendo... Los principales temas tratados durante las sesiones con ayuda del Dixit fueron principalmente estados emocionales, funcionamiento social, autoestima, autoconcepto y relación con la familia e iguales.

RESULTADOS:

Se ha observado que, desde el inicio del seguimiento hasta la actualidad y realizando consultas con periodicidad semanal/quincenal, ha mejorado significativamente la capacidad de trabajo introspectivo de la paciente y su capacidad para transmitir en consulta la parte emocional.

CONCLUSIONES:

El uso de Dixit puede ser un gran recurso dentro de la consulta a la hora de explorar situaciones complicadas que podrían resultar más difíciles de abordar en un formato de entrevista estructurada, sobre todo en población infanto-juvenil. De esta manera, comprobamos cómo nos ayudó a la hora de dar sentido y profundizar en diferentes áreas, no sólo limitándose a la descripción de lo que se presenta, sino también como conductor a experiencias tanto presentes como pasadas.

USO DEL DIXIT COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

(1) Vázquez Rumbo, Sara; (2) Marco Peligro, Sandra

(1) Enfermera Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol.
(2) Psicóloga Interno Residente de Salud Mental, Área Sanitaria de Ferrol.

Dixit

El Dixit es un juego de cartas que, gracias a su habilidad proyectiva y a la profundidad de las imágenes representadas en sus tarjetas, puede utilizarse como herramienta terapéutica para una gran variedad de áreas, siendo de esta forma un medio ideal para la comunicación directa con el inconsciente del paciente.

Objetivo

Valorar los beneficios del uso del Dixit como herramienta terapéutica para favorecer la expresión en consulta de una paciente de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Resultados

Se ha observado que, desde el inicio del seguimiento hasta la actualidad y realizando consultas con periodicidad semanal/quincenal, ha **mejorado significativamente** la capacidad de **trabajo introspectivo** de la paciente y su capacidad para **transmitir** en consulta la **parte emocional**.

Método

- Estudio observacional de caso.
- Elegir 3-5 cartas Dixit: ¿cómo se sentía esa semana? y título a cada una de ellas.
- Análisis conjunto: por qué, qué le transmitía, la relacionaba con alguna situación que viviera o estuviera viviendo...
- Temas principales: estados emocionales, funcionamiento social, autoestima, autoconcepto y relación con la familia e iguales.



Conclusiones

El uso de Dixit puede ser un gran recurso dentro de la consulta a la hora de explorar situaciones complicadas que podrían resultar más difíciles de abordar en un formato de entrevista estructurada, sobre todo en población infanto-juvenil. De esta manera, comprobamos cómo nos ayudó a la hora de **dar sentido y profundizar en diferentes áreas**, no sólo limitándose a la descripción de lo que se presenta, sino también como conductor a experiencias tanto presentes como pasadas.



2024 20 y 21 de junio
III CONGRESO
DE FORMACIÓN
SANITARIA ESPECIALIZADA
Abriendo horizontes. superando barreras



SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DE FERROL

1º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN PÓSTER

O comité científico do III Congreso de Formación Sanitaria Especializada celebrado en Ferrol os días 20 e 21 de xuño de 2024, decidiu outorgarlle o primeiro premio ao mellor póster:

¿Qué es la formación sanitaria especializada en España? ¿Cómo puedo acceder si soy extranjero?

das/os autoras/es:
M^ª Gracia García Romero, Ingrid Yineth Bustos Contreras

Ramón López de los Reyes
Presidente del comité organizador

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DE FERROL

2º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN PÓSTER

O comité científico do III Congreso de Formación Sanitaria Especializada celebrado en Ferrol os días 20 e 21 de xuño de 2024, decidiu outorgarlle o segundo premio ao mellor póster:

Avanzando en FSE: objetividad y feedback como elementos clave en la evaluación formativa. Una mirada integradora

das/os autoras/es:
Miguel Guerrero Vela, Miguel Solano Parés, Sara Amado Cabana, Ramón López de los Reyes

Ramón López de los Reyes
Presidente del comité organizador

Conclusións

CONCLUSIÓNS DO FORO DE PRESIDENTAS DE SUBCOMISIONES DAS UNIDADES DOCENTES DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DURANTE O III CONGRESO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE GALICIA, CELEBRADO O 20 E 21 DE XUÑO DE 2024

1. Tense constatado a necesidade de unificar a formación teórica nas distintas unidades docentes de Galicia para cada unha das especialidades por iso se propón constituír un grupo de traballo de formación teórica por cada unha das especialidades de enfermería co fin de unificar e elaborar plans de formación teóricos comúns en toda a comunidade autónoma.

Aos asistentes parécelles moi positivo o intentar realizar a meirande parte da formación online a través da plataforma moodle; ACIS ofrece a utilización da súa plataforma.

Enlazando con unha solicitude dos residentes de Enfermería no último congreso de Lugo o pasado ano, no que se expuxo que os cursos de ACIS están enfocados a MIR principalmente, solicítase por parte de este foro que se valoren os contidos dos cursos dirixidos a todos os residentes e non se teña en conta so aos residentes de medicina.

2. Outro tema abordado e que preocupa moito aos presentes é o tempo de dedicación das presidentas de subcomisións de enfermería. Realizando unha nova revisión da dedicación para as funcións de presidenta de subcomisión atopouse que continúan existindo moitas diferenzas ao respecto entre as distintas áreas sanitarias.

3. Incídese neste foro que no punto 4 do artigo 17 do decreto 48/23 recollese que os xefes de estudo dispoñerán para a adecuada realización das súas funcións dunha dedicación específica dentro da xornada laboral, fixándose unha dedicación mínima do 20% da súa xornada laboral. Polo que se solicita a ACIS, que esta dedicación se equipare coas presidentas das subcomisións de enfermería.

Non se avanzou nada desde o último congreso, polo que se volve a solicitar a unificación e establecemento dun tempo mínimo para as presidentas das subcomisións de enfermería.

As presidentas das subcomisións presentes no foro, estiveron de acordo en que o maior peso do proceso de avaliación recae sobre elas e que a implantación da aplicación informática SAVAR está sendo custoso; conclúese que o SAVAR é unha ferramenta útil que nos facilitará o desenvolvemento da avaliación nun futuro próximo, pero para poder utilizala por completo na práctica diaria necesítase dispor de tempo, formar a colaboradores, titores e residentes, e vencer reticencias

4. Para rematar, evidenciouse a necesidade de encontrar espazo e tempo de encontro para as presidentas das subcomisións de enfermería galegas, unha ou dúas veces ao ano, porque existe pouca andadura nestas funcións e necesítase unificar e intercambiar criterios. Novamente ACIS oferta súas instalacións.

En Ferrol, a 21 de xuño de 2024

CONCLUSIÓNS DO FORO DE RESIDENTES DAS UNIDADES DOCENTES DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DURANTE O III CONGRESO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE GALICIA, CELEBRADO O 20 E 21 DE XUÑO DE 2024

1. Estanse a respectar os días de docencia, dos residentes, en liñas xerais, a pesar da normativa de que existan 6 días, se lles autoriza a asistencia aos cursos e congresos que soliciten co aprobado dos seus titores.
2. Sen embargo, a petición destes días vese limitada pola necesidade de cubrir as Urgencias por parte dos residentes, obviando que son persoal en formación e que piden estes días para iso mesmo: formarse.
3. Falouse dunha das conclusións sacadas do foro de residentes do ano pasado, a man de obra barata:
 - Existe a sensación por parte dos residentes de ser secretarios nalgunhas rotacións onde os obxectivos docentes non teñen a importancia debida, xa que prima sacar o traballo de diante.
 - Residentes de primeiro ano (os cales levan soamente 1 mes no hospital) pasando planta eles sos, realizando altas e prescribindo tratamentos en certas rotacións, que non deberían estar presentes no itinerario formativo dalgunha especialidade.
 - Sen embargo, en certas especialidades como xinecoloxía e matrona, e incluso nalgúns outros EIR, senten todo o contrario. Teñen unha sensación de hiperprotección, o que lles leva a unha diminución de autonomía nos seus últimos anos de residencia.
 - A falta de sistematización en informar sobre os obxectivos docentes de cada rotación, polo que moitos residentes no saben nin que coñecementos deben adquirir durante as rotacións.
 - Isto lévanos á carencia dun feedback entre colaboradores/titores e residentes. En moitas ocasións trasladáselle ao residente unha sensación que logo non se ve reflexada na nota: "véxote moi ben", e de nota final un 6. Sen explicacións. Sen coñecer puntos de mellora, nin ser informado de ferramentas para adquirir eses coñecementos.
4. As avaliacións en moitas ocasións están realizadas por colaboradores que nin sequera teñen visto ao residente.
5. A acreditación dos titores e colaboradores. Falta de interese pola docencia e hostilidade co residente é o que máis se ten destacado durante o foro. Os residentes sintanse sos e inseguros, o que se traslada nunha falta de seguridade para o paciente. Por tanto, ven necesaria unha avaliación sistemática dos titores e colaboradores, tanto por parte dos residentes (que xa se realiza nalgunhas áreas) como por parte da unidade docente.
6. Tense visto de maneira xeneralizada un aumento progresivo das prazas de residentes pero cos mesmos recursos docentes, tanto estruturais como non estruturais. Existe unha sensación de sobrecarga, máis co obxectivo de incrementar a man de obra barata que o de cumprir obxectivos docentes. Ademais, se falamos dos EIR, o número de prazas de residentes no se ve despois reflexado nun aumento de prazas de enfermeiras especialistas, o que implica unha perda importante de diñeiro e tempo, tanto para a administración como para o residente.
7. Os EIR case sempre son profesionais con experiencia previa no mundo laboral, por tanto en certas ocasións veñen facendo rotacións en servizos nos que xa tiñan traballado antes, ou en servizos que están cubertos por persoal eventual que non ten os coñecementos específicos desa rotación, etc. Por isto, en moitas ocasións cren que as rotacións deberían ser máis flexibles e adaptables.

En Ferrol, a 21 de xuño de 2024

CONCLUSIÓNS DO FORO DE SECRETARIAS DAS UNIDADES DOCENTES DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DURANTE O III CONGRESO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE GALICIA, CELEBRADO O 20 E 21 DE XUÑO DE 2024

1. Queremos facer constar que consideramos unanimemente que o novo aplicativo SAVAR para a xestión das Unidades Docentes tróxonos unha gran carga de traballo. Seguimos agardando polo correcto e completo funcionamento do sistema coa creación de certificados, cursos, avaliacións e demais documentos para sacarlle o máximo rendemento posible. Así como a mecanización das gardas por parte dos Residentes. A súa mellora depende das múltiples incidencias que fomos detectando cada día, horas e horas de traballo non recoñecido.
2. Seguimos a esperar polas Xefaturas de grupo nas Secretarías das Unidades Docentes, acorde co grado de responsabilidade que temos, segundo o que di o artigo 48 do Decreto de FSE 48/2023 no punto número 3, que subliña que se determinará cando menos un posto de xefatura de sección, responsable das tarefas administrativas que deriven da xestión da formación especializada. Xa o reivindicabamos o pasado ano no foro de Lugo e aí seguimos ata que se nos recoñeza e se desenvolva o Decreto na súa totalidade, non se fixo á par que as xefaturas de servizo para os xefes de estudo, momento óptimo para recoñecernos. Polo tanto queremos reiterar a nosa petición neste congreso que tanto se falou dos olvidados, non vaíamos a ser nos, as Secretarías de Docencia, as verdadeiras olvidadas.
3. Pedimos representación das Secretarías das Unidades Docentes en tódolos marcos, foros de debate e mesas que teñan que ver coa xestión da Docencia, para recibir información directa e puntual e ser participes de decisións que afecten á docencia. Así coma reunións periódicas nas que se poda intercambiar impresións, complementar e contrastar información de interese para o noso traballo.
4. Solicitamos cursos e talleres de formación específicos para as Secretarías de Docencia. Cursos de comunicación, protocolo, situacións conflictivas e actualización de coñecementos en normativa legal.
5. Queremos incidir na importancia de que todas as Unidades Docentes pertencen ás Xerencias e os Xefes de Estudo se integren no equipo directivo xa que representan un amplo sector dentro da estrutura das Áreas Sanitarias.
6. Solicitamos na relación coas Universidades, por temas de alumnos, titores e colaboradores aos que lles hai que xestionar certificados, unha representación administrativa de cada Unidade Docente.
7. Por último queremos manifestar a nosa implicación no traballo das Unidades de Docencia e a importancia que para nos supón pertencer a este colectivo, trataremos de seguir favorecendo co noso traballo a mellora e progreso das Unidades Docentes.

En Ferrol, a 21 de xuño de 2024

CONCLUSIÓNS DO FORO DE TITORES NO 3º CONGRESO GALEGO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA, FERROL 20 E 21 DE XUÑO 2024

1- A figura do titor de formación sanitaria especializada é cada vez máis complexa, con maior número de tarefas sen incremento equitativo do tempo recoñecido para devandita actividade.

Tense constatado que existen desigualdades no recoñecemento do tempo de dedicación á titoría, dependendo das distintas áreas sanitarias e servizos, polo que se solicita o incremento do tempo efectivo para poder realizar tódalas tarefas asociadas á titoría e no caso de que non sexa posible a titoría na xornada de traballo a implantación de módulos de xornada retribuída.

2- A labor de titoría debería ter un impacto directo en tódalas categorías sanitarias e na obtención dos grados da carreira profesional.

Non hai dúbida que a sobrecarga asistencial pon en risco a calidade da docencia: o titor/ colaborador docente debe ter tempo para ensinar ao residente e non só para acompañalo.

Solicitamos que a axenda teña en conta devandita actividade docente, diminuíndo a carga asistencial de aqueles profesionais implicados na dita labor.

- Debemos mellorar o compromiso de avaliación dos residentes:
- Buscar avaliacións máis obxectivas: non tódolos residentes son de 10
- Avaliacións 360
- Habilitar avaliacións centradas nas características de cada especialidade

3- Deben mellorase as relacións entre os titores de atención primaria e especializada, articulada desde as Unidades Docentes das distintas Áreas Sanitarias.

4- A posta en marcha do programa SAVAR considerase como unha boa ferramenta informática que vai axudar a que nun futuro se poida xestionar todo tipo de documentación dun xeito máis eficaz, pero é necesario ter un feedback directo entre titor e ACIS para arranxar as deficiencias que se están encontrando na súa posta en marcha. Criticamos o feito de que a posta en marcha teña sido tan apresurada, e consideramos fundamental que este aplicativo poida ser utilizado fóra do centro sanitario.

5- Ser un bo profesional sanitario non leva implícito o feito de ser un bo docente, por elo consideramos que os titores necesitamos formación específica en docencia (guía inicial do titor/documentación/reunións produtivas...)

6- A especialidade de EIR Obstetrico/ginecolóxica, dependen de dúas unidades docentes, que non se obxectiva como beneficioso na formación de dita especialidade. Solicitase que se estudie a posibilidade de asimilación ao resto de especialidades EIR, e que estean a cargo da unidade docente do seu centro de referencia.

7- Somos moi críticos coa decisión de que os médicos residentes de último ano asuman actividade asistencial en período estival antes da finalización de seu período de formación:

- Debemos respectar o tempo formativo, debese respectar o dereito a finalizala formación.
- Incrementa a carga asistencial do titor, debido a que a supervisión recae na figura do titor.

CONCLUSIÓNS DO FORO DE XEFES DE ESTUDO, TÉCNICOS, CARGOS DIRECTIVOS E RESPONSABLES AUTÓNOMICOS DAS UNIDADES DOCENTES E DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DURANTE O III CONGRESO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE GALICIA, CELEBRADO O 20 E 21 DE XUÑO DE 2024

1. Resaltar a importancia das estruturas docentes representadas en REDEGA e que se deben de ter en conta para as decisións que afectan a FSE e na incorporación inmediata dos residentes a actividade profesional unha vez finalizada a súa formación.
2. Deberase establecer dende a Consellería unha Normativa Consensuada sobre baremos de contratación e inclusión nas listas pactada e mantida no tempo para a incorporación dos residentes ás devanditas listas ao rematar seu período formativo.
3. Inclusión, tal e como se recolle no punto 2 do artigo 21 do DECRETO 48/2023, de 20 de abril, de ordenación do sistema de formación sanitaria especializada na Comunidade Autónoma de Galicia das xefaturas de servizo de docencia nas estruturas das xerencias formando parte dos órganos de dirección do mesmo, a fin de asegurar e garantir a incardinación da docencia na actividade asistencial ordinaria, continuada e de urxencias. Manter a autonomía de xestión e independencia das xefaturas asistenciais, e exercer seu labor en coordinación con as liñas estratéxicas de xestión asistencial e investigación.
4. Solicitamos o recoñecemento das xefaturas de grupo nas secretarías das unidades docentes segundo o punto 3 do artigo 48 do DECRETO 48/2023 onde se destaca que se determinará cando menos un posto de xefatura de sección, responsable das tarefas administrativas que deriven da xestión da formación especializada.
5. Somos conscientes que o desaxuste nas datas de finalización da especialidade repercute na contratación en datas complicadas como o período de verán. Debemos dende docencia e a administración asegurar a supervisión e que non se creen situacións de desigualdade entre residentes.
6. Dado o incremento do número de residentes e tendo en conta o desaxuste das infraestruturas debese establecer unha normativa consensuada sobre habitacións e espazos de descanso nas gardas.

Ferrol a 21 de xuño de 2024