

# ITINERARIO FORMATIVO

# SERVICIO DE UROLOGÍA



Última actualización: Enero 2020

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. <b>Introducción y objetivo</b> _____	3
2. <b>Definición de la Especialidad</b> _____	3
3. <b>Características del Servicio</b> _____	5
4. <b>Objetivos y Competencias</b> _____	8
5. <b>Rotaciones</b> _____	10
6. <b>Guardias</b> _____	11
7. <b>Actividades docentes</b> _____	11
8. <b>Tutoría y Supervisión</b> _____	12
9. <b>Evaluación del Residente</b> _____	13
<b>10. Anexos</b>	
– <b>Anexo I:</b> Sesiones Clínicas Generales y Seminarios de Residentes ___	21
– <b>Anexo II:</b> Documentos de la Comisión de Docencia _____	24

## **1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO**

El objetivo de la presente Guía es adaptar el Programa Oficial de la Especialidad (POE) al contexto de la Unidad Docente, de acuerdo al RD 183/2008, *de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada* (BOE 21 febrero 2008).

## **2. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD**

El nacimiento de la Urología como saber y quehacer individualizados científica y profesionalmente, tiene lugar en la segunda mitad del siglo XIX. Presiden esta individualización tres factores fundamentales: el cistoscopio, la litotricia y la necesidad asistencial de crear unidades monográficas en el amplio campo de la Cirugía General.

El cistoscopio queda técnicamente a punto para su divulgación como elemento diagnóstico e incluso operativo justo a finales del siglo XIX. En 1853, Antonin J. Desormeux, cirujano de París, presentó a la Academia de Medicina, un aparato que permitía no solo ver el interior de la cavidad vesical, sino que además podían practicarse uretrotomías y extirpaciones de papilomas uretrales. Posteriormente el urólogo alemán, Max Nitze, mejora la visión del cistoscopio introduciendo una lámpara incandescente y una óptica con un campo de visión más amplio haciendo el aparato aún más operativo. Es a finales de 1897, de la mano del Dr. Joaquín Albarrán, cuando dicho aparato se convierte en un instrumento más operativo con la introducción de una serie de mejoras lo que permite la instrumentación ureteral.

La litotricia había permanecido hasta siglo XIX en mano de litotomistas, no necesariamente médicos, pero es a finales de siglo cuando los profesores de Cirugía de los Hospitales Necker de París y el St. Peter Hospital for Stone de Londres, crean sus propios servicios independientes para el tratamiento de la litiasis vesical, afección muy frecuente en esa época. Unidades potencian su desarrollo con la incorporación de los Rayos X en 1897, permitiendo el diagnóstico no invasivo de los cálculos.

El nombre de la Urología parece por primera vez como un quehacer médico-quirúrgico individualizado, en 1896, cuando se funda la Asociación Francesa de Urología. La Asociación Española de Urología se fundó en 1911, pero ya desde 1896, y oficialmente desde 1902, la asignatura de “Enfermedades de la vías urinarias” ha sido enseñada de manera independiente en la Universidad Española.

El desarrollo de la Urología durante el siglo XX ha sido extraordinario. Desde el cistoscopio explorador se ha pasado al endoscopio como elemento de trabajo quirúrgico, especialmente en la patología tumoral vesical y prostática.

Posteriormente, la mejora del material endoscópico ha permitido la utilización de estas técnicas a nivel ureteral y renal y posteriormente al desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva con la Incorporación de la laparoscopia a la Cirugía del tracto urinario superior e inferior.

A finales del siglo XX y principios de este siglo, la aparición de nuevas tecnologías ha fomentado el desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva con la incorporación del Láser, de la Robótica (da Vinci), de técnicas de abordaje endoluminal a través de orificios naturales (NOTES) o mediante la utilización de un solo puerto de trabajo (SILS). Todo ello, permite el abordaje de prácticamente toda la patología urológica de una forma menos invasiva y con mejores resultados funcionales que la cirugía abierta.

Es por tanto, la Urología una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo, en ambos sexos, y del aparato genital masculino, sin límite de edad, motivadas por padecimientos congénitos, traumáticos, sépticos, metabólicos, obstructivos y oncológicos.

Como tal especialidad, la Urología tiene su propedéutica, semiología, nosología y procedimientos específicos diagnósticos y terapéuticos, quirúrgicos, endoscópicos y por medios físicos. Para una proyección integral de la asistencia urológica, su contenido ha sido ordenado por Áreas específicas, cuyo enunciado es el siguiente: Andrología, Urolitiasis y Endourología, Oncología, Urología Funcional y Cirugía reconstructiva, Urología Pediátrica, Trasplante Renal y Urología General, que estudia el resto de entidades no incluidas en las anteriores.

El campo de actuación de las distintas áreas que conforman la especialidad, abarca:

1. Por órganos: glándulas suprarrenales, riñón, retroperitoneo, uréter, vejiga, vesículas seminales, próstata, uretra, genitales masculinos (pene, testículos, epidídimos, deferente y patología de la vecindad).
2. Por patologías: trastornos de la micción, infecciones, litiasis, tumores, insuficiencia renal, hipertensión nefrógica vascularrenal y adrenal, anomalías diferenciación sexual, disfunción sexual, infertilidad en el varón.

Para atender esta variedad de patologías, Urología dispone de procedimientos diagnósticos que le son comunes a otras especialidades y de otros que le son específicos, y cuya realización conlleva compromisos de aprendizaje y dedicación no inferiores a los relacionados con los procedimientos terapéuticos quirúrgicos.

Procedimientos diagnósticos específicos:

- Calibración uretral y sondaje vesical.

- Endoscopia uretral, vesical, ureteral y piélica.
- Punción de cavidades u órganos.
- Radiología uretral, vesical, ureteral y renal establecida sobre cateterismo vesical, uretral o ureteral.
- Urodinámica del tracto urinario superior e inferior.
- Ecografía abdominal y transrectal.

### **3. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO**

#### **a) HISTORIA DEL SERVICIO**

En Septiembre del 2008 el Servicio de Urología de la Clínica Puerta de Hierro se traslada al actual Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

#### **b) ESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS**

El Servicio de Urología del Hospital Universitario de Puerta de Hierro Majadahonda está ubicado en la 3ª planta de dicho centro y constituido por:

1. **Unidad de Hospitalización:** constituida por 20-25 camas individuales, sala de curas y sala de trabajo médico.
2. **Quirófano especial de urología** situado en el bloque quirúrgico de la 2ª planta y dotado de 2 torres de endoscopia urológica y laparoscopia de última generación y de mesa quirúrgica urológica para cirugía abierta o endoscópica.
3. **Quirófano Inteligente** situado en el bloque quirúrgico de la 2ª planta y dotado de los últimos avances tecnológicos para la cirugía mínimamente invasiva.
4. **Unidad central**, de disposición rectangular cerrada y dividida en dos secciones bien definidas, que a su vez están unidas en un extremo por una pequeña área de reanimación para pacientes con cirugía o instrumentación en régimen ambulatorio. De esta forma podemos distinguir dos secciones:
  - I. **Sección de Consulta.**
  - II. **Sección diagnóstica-terapéutica.**

#### **c) RECURSOS HUMANOS**

El Servicio de Urología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda está constituido en la actualidad por el siguiente staff:

- J. de Servicio*      *Dr. J. Carballido Rodríguez.*  
Catedrático de Urología de la Universidad Autónoma de Madrid.  
Vicedecano de la Facultad de Medicina UAM.
- J. de Sección*      *Dr. A. Matallana Hernández de Lorenzo.*  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de  
Medicina de la UAM.
- F.E.A*                *Dr. J.G. Rodríguez Reina.*  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de  
Medicina de la UAM.
- F.E.A*                *Dr. L. Del Portillo Sánchez.*  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de  
Medicina de la UAM.
- F.E.A*                *Dr. J. Díez Díez.*  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de  
Medicina de la UAM.
- F.E.A*                *Dr. S. Bustamante Alarma.*  
Doctor en Medicina y Cirugía.  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de  
Medicina de la UAM.
- F.E.A*                *Dr. D. Vázquez Alba.*  
Doctor en Medicina y Cirugía.  
Tutor de Residentes.  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de  
Medicina de la UAM.
- F.E.A*                *Dr. J.I Martínez Salamanca*  
Doctor en Medicina y Cirugía  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de  
Medicina de la UAM.

- F.E.A*                      *Dr. D.Regifo Abbad*  
Doctor en Medicina y Cirugía  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la UAM.
- F.E.A*                      *Dr. C. Martínez Ballesteros*  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la UAM.
- F.E.A*                      *Dr. I. Castellón Vela*  
Doctor en Medicina y Cirugía  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la UAM.
- F.E.A*                      *Dr. J. Saenz*  
Doctor en Medicina y Cirugía  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la UAM.
- F.E.A*                      *Dr. J. Turo*  
Doctor en Medicina y Cirugía  
Colaborador docente de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la UAM.

El Servicio cuenta con un médico residente por año

#### **d) RECURSOS ASISTENCIALES Y ORGANIZATIVOS**

El planning semanal del Servicio de urología se compone de:

- 11 consultas de Urología general, con una media de 22 pacientes/día.
- 5 consultas de Urolitiasis, con una media de 24 pacientes/día.
- 2 consultas de Medicina Sexual con una media de 22 pacientes /día
- 3 consultas de Urología funcional y Cirugía reconstructiva con una media de 22 pacientes/día.
- 6 consultas de Uro-oncología con una media de 22 pacientes/día.
- 10 tratamientos de Litotricia extracorpórea.
- 15 tratamientos de Reeduación del suelo pélvico.
- 80 ecografías abdominales con flujometría libre.
- 15 ecografías transrectales con biopsia de próstata.

- 8 quirófanos con una media de 3 intervenciones por día para cirugía abierta y endoscópica.
- 1 quirófano para cirugía local con una media de 5 intervenciones/día.
- 1 quirófano para cirugía laparoscópica avanzada.
- 10 tratamientos en hospital de día.
- 10 pruebas radiología intervencionista.
- 50 instilaciones endovesicales.

#### e) **RECURSOS DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN**

***Unidad de Cirugía Experimental Urológica e Investigación***, ubicada en la 1 planta del Hospital y donde se realizan en la actualidad diferentes proyectos de investigación urológica en animales. Además, del programa de aprendizaje y perfeccionamiento en cirugía laparoscópica urológica iniciado en el 2006 para miembros del Servicio de urología del Hospital.

## **4. OBJETIVOS Y COMPETENCIAS**

### **Objetivos definidos**

Ser especialista en Urología implica conocer con precisión la fisiología, fisiopatología, expresión clínica y métodos de reconocimiento diagnóstico, nosología, procedimientos terapéuticos, médicos y quirúrgicos, de todas las áreas patológicas y órganos que se señalan más extensamente en la definición de la especialidad.

- Programa Teórico de la especialidad.
- Examen del enfermo urológico.
- Procedimientos Endoscópicos diagnósticos en Urología.
- Procedimientos Biopsicos en Urología.
- Procedimientos Radiológicos en Urología.
- Procedimientos Ecográficos en Urología.
- Cirugía Urológica por órganos y patologías: Abierta, Endoscópica y Laparoscópica.
- Técnicas especiales en Urología: láser, Criocirugía, Microcirugía, Litotricia, etc.

El médico residente de la Especialidad de Urología deberá adquirir progresivamente la experiencia necesaria en el diseño de protocolos de investigación urológica, con participación activa en la confección de trabajos de investigación, y de la asistencia a cursos y congresos científicos en función de los conocimientos y madurez urológica adquirida.



Durante el periodo de formación sería aconsejable que el médico residente iniciara el tercer ciclo académico de doctorado en Urología.

### **Objetivos Adaptados: Desarrollo del programa de formación en Urología**

La Urología es una especialidad no troncal, con un año común de formación quirúrgica y cuatro años de formación específicamente urológica.

La formación de los residentes de Urología se enmarca en un programa de tutorías directas y delegadas por parte de la plantilla del Servicio de Urología, adquiriéndose progresivamente niveles de responsabilidad mayor. Se han diferenciado los tres niveles de responsabilidad:

- **Nivel I:**
  - Historia clínica. Conocimientos en semiología urológica. Recepción de enfermos nuevos.
  - Procedimientos diagnósticos. Responsable en procedimientos elementales.
  - Examen endoscópico uretrovesical. Colaborar en procedimientos diagnósticos como biopsias, cateterismos, radiología, supravesicales, etc.
  - Procedimientos quirúrgicos. Conocimientos, circunstancias preoperatorios y asistencia postoperatoria.
  - Realización de pequeñas intervenciones quirúrgicas (circuncisión, biopsias, cirugía menor genital, punciones y drenajes).
  - Ayudantías en medianas y grandes intervenciones urológicas.
  - Cirugía experimental.
  
- **Nivel II:**
  - Procedimientos diagnósticos: experto en todos los procedimientos diagnósticos generales.
  - Procedimientos quirúrgicos: experiencia en procedimientos del Nivel I. Realización de operaciones o nefrostomía abiertas y percutáneas, acceso quirúrgico al área renal, vesical y prostática, cistostomías, cirugía genital del hidrocele, del varicocele y orquiectomías. Exámenes endoscópicos con pequeñas intervenciones sobre papilomas vesicales. Ayudantía de operaciones mayores e iniciación en procedimientos monográficos del Nivel III.
  
- **Nivel III:**
  - Procedimientos diagnósticos generales y procedimientos monográficos (impotencia, urodinamia, endourológicos, uro-oncología y litiasis).
  - Procedimientos quirúrgicos: responsable en un número determinado de operaciones (nefrectomía, reimplante uretrovesical, adenomectomías y

orquidopexias). Responsable en procedimientos monográficos como cirugía endoscópica, prostática y vesical, trasplante renal, cirugía oncológica compleja, derivaciones y sustituciones vesicales, microcirugía y procedimientos endourológicos.

## 5. ROTACIONES

- **R1 Cirugía General:**

Principios y técnicas fundamentales de cirugía.

***Rotación recomendada:*** Cirugía General.

- **R2 Urología:**

Conocimiento profundo en semiología urológica, responsabilidad en procedimientos diagnósticos elementales, y compartida en procedimientos más complejos. Realización de pequeñas intervenciones quirúrgicas y ayudantías en intervenciones medianas.

***Rotaciones recomendadas:*** UCI, RX intervencionista.

- **R3 Urología:**

Conocimientos profundos en procedimientos diagnósticos. Realización de intervenciones y operaciones de mediana importancia.

***Rotación recomendada:*** Cirugía vascular.

- **R4 Urología:**

Tutoría en procedimientos diagnósticos y cirugía de nivel I. Ayudantía específica en grandes procedimientos y procedimientos monográficos con responsabilidad en un número determinado de grandes intervenciones.

***Rotación recomendada:*** cirugía pediátrica.

- **R5 Urología:**

Responsabilidad en un número determinado de grandes intervenciones, siempre bajo la tutela de un staff del Servicio.

***Rotaciones externas:*** Plan individualizado de rotación externa en el Servicio de Urología del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, según el acuerdo establecido con dicho servicio y con una duración comprendida entre 2-3 meses.

**Comisiones de Servicio:** la acreditación docente de un Servicio de Urología está basada en módulos, si el servicio careciese de algún módulo que sea considerado imprescindible para la formación de residente, debe facilitarse una comisión temporal (no inferior a tres meses), para que se complete la formación más adecuada.

Las **Rotaciones** durante el período de formación específica: se recomienda que las rotaciones complementarias durante el periodo de formación específica se realicen en función de la calidad de la oferta del hospital concreto en que trabaja el residente, incluyendo dedicaciones especiales a cirugía ginecológica, cirugía vascular, cirugía abdominal convencional y laparoscópica, microcirugía y cirugía experimental.

## **6. GUARDIAS**

Las guardias durante el primer año se realizarán en Cirugía general y en Urología de forma tutelada con un médico adjunto de presencia. En los siguientes cuatro años de la especialidad las guardias serán de presencia física y específicamente urológicas, tutelada por un médico adjunto de forma localizada.

El número de guardias no será inferior a 6 guardias/mensuales.

## **7. ACTIVIDADES DOCENTES**

### **Sesiones específicas del servicio:**

- Asistencia y presentación de Sesiones clínicas del Servicio (1 diaria).
- Sesiones específicas de formación de residentes (1 semanal).
- Sesiones bibliográficas del Servicio (1 mensual).

### **Otras actividades**

- Sesiones Intrahospitalarias (propias de hospital o del departamento de Cirugía): 1 semanal.
- Sesiones multidisciplinares: Comité de Tumores, Nefrología, Radiología, Anatomía Patológica, etc. (1 semanal).
- Sesiones Interhospitalarias (promovidas por la asociación Española de Urología): 1 trimestral.
- Asistencia y presentación de trabajo en distintos congresos nacionales e internacionales, en función de conocimientos y año de residencia.

## **8. TUTORÍA Y SUPERVISIÓN**

**a. Tutor Urología:** Dr. David Vázquez Alba.

En la actualidad hay un tutor de Residentes que se encargan de la organización y supervisión para llevar a cabo la formación de los médicos residentes, con la colaboración del resto de los facultativos.

Las entrevistas tutorizadas se realizarán en las fechas y lugares que se indique.

**b. Protocolo de supervisión:**

Serán de aplicación los protocolos de supervisión de Urgencias y el protocolo general de supervisión de la Comisión de Docencia, específico en función de la responsabilidad de acuerdo al año de residencia, y los protocolos recomendados por la comisión nacional de la especialidad.

## **9. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE**

Según el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativa, anual y final. Para ello, se constituirá un Comité de Evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el hospital. Dicho Comité se constituirá siguiendo las indicaciones del Servicio de Formación Sanitaria Especializada de la Consejería de Sanidad que cada año determinen.

Las evaluaciones anuales y finales se harán constar en las correspondientes actas del Comité de Evaluación. Los Comités de Evaluación estarán integrados, al menos:

- a) Por el Jefe de Estudios, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.
- b) Por el presidente de la Subcomisión que corresponda.
- c) Por el tutor del residente.
- d) Por un médico adjunto de la especialidad de que se trate con implicaciones en la docencia, designado por la Comisión de Docencia.
- e) Por uno de los vocales de la Comisión de Docencia designado por la Comunidad Autónoma.
- f) Por la secretaria de la Comisión de Docencia.

### **1. EVALUACIÓN FORMATIVA:**

La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia, ya que efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permitiendo evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.

Para la evaluación formativa se utilizarán las siguientes herramientas:

#### **1.1 Entrevistas periódicas:**

El tutor debe mantener entrevistas periódicas con cada uno de los residentes que tutoriza, de manera estructurada y pactada, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación, y sirvan para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación de medidas de mejora. Se aconseja la realización de un mínimo de 4 entrevistas por cada año formativo.

La Comisión de Docencia ha aprobado un formulario específico para la realización de la entrevista que debe ser cumplimentado por el Tutor como registro de que ha sido realizada.

Las entrevistas se registrarán en la memoria del residente y en los informes de evaluación formativa realizados por el Tutor.

Los objetivos de las entrevistas periódicas son:

1. Detectar problemas e incidencias generales o particulares de alguna rotación que puedan interferir en la formación del residente, y proponer soluciones.
2. Planificar con el residente los objetivos de las próximas rotaciones, para orientar su mejor aprovechamiento.
3. Planificar con el residente otros acontecimientos docentes (preparación de sesiones clínicas, asistencia a cursos, publicaciones, etc.) y valorar los ya acontecidos.
4. Valorar con el residente el aprovechamiento de la/s última/s rotación/es realizada/s, después de que haya reflexionado sobre el nivel de adquisición de competencias incluyéndolo en la Memoria del Residente, y ayudarle a identificar puntos fuertes y débiles, y sus necesidades particulares de formación.
5. Es de interés que las entrevistas tutorizadas se realicen antes de terminar la rotación en curso para tener margen de medidas correctoras. Estas medidas pueden justificar la entrevista del tutor del residente con el Jefe de la Unidad por la cual este rotando.
6. En dichas entrevistas se comprobará la cumplimentación de la Memoria del Residente, así como las hojas de evaluación de las rotaciones ya concluidas, y la realización de los Seminarios del Plan Transversal Común.
7. La duración de las entrevistas dependerá de las circunstancias, y necesidades específicas de cada especialidad y de cada residente para desarrollar correctamente sus objetivos.
8. El Informe de “Entrevista de Tutorización Continuada” será cumplimentado por residente, tutor o ambos. El residente puede llevarlo ya parcialmente relleno a la entrevista y completarlo según sus reflexiones compartidas con el tutor. El tutor puede también ir rellenando el informe durante el desarrollo de la entrevista.
9. Los informes de las entrevistas tutorizadas serán incluidos en el expediente de evaluación anual del residente.
10. La Comisión de Docencia se reserva el derecho de comprobar en cualquier momento del curso la realización de dichas entrevistas.

### **1.2. Memoria del residente (Libro del residente):**

Recoge la actividad del residente a lo largo del año de formación y una descripción resumida de las actividades asistenciales, docentes y de investigación en su propio servicio o en las unidades por las que haya rotado. Su objetivo fundamental es ser un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año

formativo, y ser un recurso de referencia en las evaluaciones anuales junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.

En dicho documento deben especificarse las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas, la cumplimentación de la asistencia a los Seminarios del Plan Transversal Común, así como las Sesiones clínicas y/o bibliográficas impartidas o recibidas, cursos y conferencias. Este documento contiene apartados donde puede referenciarse la participación en congresos, publicaciones, trabajos de investigación, Tesis Doctoral y cuantos meritos se consideren de interés.

### 1.3. Informe del Tutor:

El Informe del Tutor, de cumplimentación anual, será un compendio de los logros del residente durante este período y en el que se recogerán de manera resumida las actividades asistenciales, docentes y de investigación realizadas por el residente, así como una valoración global subjetiva y cuantos informes sobre el residente sean realizados por los Jefes de las Unidades por las que rote.

## 2. EVALUACIÓN ANUAL:

La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo.

Según establece la Resolución de 03 de julio de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se corrigen errores en la de 21 de marzo de 2018, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación, el Comité de evaluación decidirá la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro:

	Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
NEGATIVA	<3	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales.
	Entre 3 y <5	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales pero podría alcanzarlos con un periodo complementario de formación.
POSITIVA	Entre 5 y <6	Suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
	Entre 6 y <8	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
	Entre 8 y <9.5	Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
	Entre 9.5-10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

La calificación tendrá los siguientes efectos:

- **Positiva:** cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la calificación global anual del Residente sea mayor o igual que 5.
- **Negativa:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, bien porque la calificación global anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas que deberán especificarse atendiendo a los siguientes supuestos:
  - A) NEGATIVA POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN:**

Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este periodo. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La prórroga anual del contrato por los restantes nueve meses del año formativo queda supeditada a la evaluación positiva del período de recuperación.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el período de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.
  - B) NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL** (suspensión de contrato u otras causas legales): El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que necesariamente no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, previo informe de la Comisión de Docencia.

En aquellos supuestos en los que la **suspensión del contrato sea inferior al 25% de la jornada anual** y el Comité de Evaluación considere que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un



periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.

C) **NEGATIVA, NO SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN**, que puede ser:

- Por insuficiente aprendizaje/notoria falta de aprovechamiento
- Por reiteradas faltas de asistencia no justificadas

En ambos casos, el Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

**Los instrumentos para la evaluación anual del residente serán:**

- a) Informe de evaluación de las rotaciones internas del propio Servicio y de los Servicios por los que ha rotado dentro del Hospital.
- b) Informe de evaluación de las rotaciones externas (realizadas fuera del hospital).
- c) Informe de evaluación anual del Tutor: La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de los informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.
- d) Hoja de evaluación anual por el Comité de Evaluación: el Comité de Evaluación decidirá la calificación anual del Residente basándose en el Informe Anual del Tutor.
- e) Documento acreditativo de la realización de al menos 4 entrevistas tutorizadas firmado por tutor y residente.
- f) El Plan Individual de Formación del Residente, donde se recogen los objetivos docentes a alcanzar y las actividades que debe realizar durante el año correspondiente, adaptado por el Tutor de cada especialidad a las necesidades formativas específicas de cada Residente.
- g) Memoria del Residente elaborada por éste y supervisada por el Tutor (documento propio del Hospital que sustituye al Libro del Residente).
- h) Encuesta de satisfacción del residente (aunque no forma parte de la evaluación, se exige su presentación para los planes de mejora continuada)

### 3. EVALUACIÓN FINAL:

La evaluación final tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista.

Se realizará a los residentes tras la evaluación del último año de residencia y se llevará a cabo por el Comité de Evaluación de la especialidad que en cada caso corresponda.

El Comité de Evaluación decidirá la calificación final el Residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizarán los siguientes criterios:

Duración de la especialidad	Año de formación	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1	40%
	R2	60%
3 años	R1	20%
	R2	30%
	R3	50%
4 años	R1	10%
	R2	20%
	R3	30%
	R4	40%
5 años	R1	8%
	R2	12%
	R3	20%
	R4	25%
	R5	35%

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

- **POSITIVA:** cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.
- **POSITIVA DESTACADO:** cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.

- **NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que pueda obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado. Cuando la evaluación final del periodo de residencia sea negativa, la Comisión Nacional de la correspondiente especialidad procederá a la realización de una prueba a los residentes que lo hayan solicitado, para la revisión de dicha calificación. La prueba deberá realizarse en los 30 días siguientes a la comunicación de las solicitudes de revisión a la Comisión Nacional de la especialidad por el Registro de Especialistas en Formación. La prueba se diseñará con sujeción a los criterios de evaluación que establezca la Comisión Nacional de la especialidad de que se trate y tendrá como finalidad verificar si el residente ha adquirido el nivel suficiente de conocimientos, habilidades y actitudes para considerar que ha cumplido los objetivos del programa formativo. La evaluación final positiva o negativa, en este último caso, motivada, se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros y se notificará a los interesados. Si se mantuviera la evaluación negativa, el interesado tendrá derecho a realizar una prueba extraordinaria ante la misma Comisión, entre los seis meses como mínimo y un año como máximo, a contar desde la prueba anterior. La Comisión estará obligada a notificar al interesado la fecha de esta prueba extraordinaria con un mes de antelación. La calificación de la prueba extraordinaria se decidirá también por mayoría absoluta y será definitiva. La calificación final obtenida tras seguirse el mencionado procedimiento será definitiva y se anotará en el Registro Nacional de Especialistas en Formación con los efectos previstos para las evaluaciones finales respecto a la concesión del título de especialista.

La evaluación final positiva del período de residencia dará derecho a la obtención del título oficial de especialista, por lo que, una vez notificada al Registro Nacional de Especialistas en Formación, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social procederá a su traslado al Ministerio de Educación y Ciencia junto con la documentación necesaria para que se dicten las órdenes de concesión de los títulos de especialista.

Simultáneamente a la solicitud del citado título, el Registro Nacional de Especialistas en Formación expedirá un certificado acreditativo del cumplimiento del periodo formativo por el sistema de residencia, de las fechas de inicio y finalización de dicho período, y del centro o unidad donde se ha realizado.

**Publicación de las evaluaciones:**

La Comisión de Docencia insertará en el tablón de anuncios una notificación firmada por su presidente, para que en el plazo de 10 días puedan consultarse en la secretaría de Comisión de Docencia las calificaciones obtenidas en las evaluaciones anuales y finales. Dicha notificación se enviará también por correo electrónico a Tutores y Residentes para su conocimiento.

A partir de la fecha de dicha comunicación se iniciará el cómputo del plazo para solicitar su revisión.

## ANEXO I

### Sesiones Clínicas Generales y Seminarios de Residentes

#### SESIONES CLÍNICAS GENERALES Salón de Actos – Miércoles 8:00h

- Casos Clínicos
- Conferencias
- Controversias en Medicina
- Sesiones Clínico-patológicas( Casos Cerrados)
- Sesiones Mixtas Clínico-investigación
- Mesa Redonda
- Referentes Hospital Puerta de Hierro

#### PLAN TRANSVERSAL COMÚN Aulas de Docencia – 15:30h

##### SEMINARIOS R1

###### 1. Acogida al Residente

- Soporte Vital Inmediato
- Protección Radiológica
- Prevención de Riesgos Laborales
- Prevención de Infecciones Hospitalarias y Sistema de Gestión Ambiental
- Selene Hospital y Prescripción Farmacia
- Historia Clínica e Informe de Alta
- Aspectos generales de Docencia
- Aspectos básicos de Cirugía General
- Protocolos contra la Violencia y Unidad de Cuidados Paliativos
- Transfusión de Hemoderivados (I)
- Servicios médico-quirúrgicos vs. Servicios Centrales

###### 2. Recursos de Información de la biblioteca virtual

###### 3. Electrocardiografía básica (I, II, III y IV)

- I. Electrocardiograma básico
- II. Cardiopatía Isquémica
- III. Arritmias
- IV. Miscelanea

<b>4. Radiología básica de tórax y abdomen (I, II, III, IV)</b>
I. Anatomía Radiológica del tórax y lesión alveolar
II. Nódulo pulmonar. Cáncer de pulmón
III. Mediastino. Anatomía Radiológica y Semiología
IV. Cómo leer la radiografía de abdomen
<b>5. Diabetes mellitus: manejo práctico (I, II, III, IV)</b>
I. Introducción. Diagnóstico. Objetivos de tratamiento
II. Evaluación inicial en urgencias. Hiperglucemia simple. Hipoglucemia
III. Cetoacidosis diabética. Descompensación Hiperglucémica Hiperosmolar
IV. Control glucémico en el paciente hospitalizado. Situaciones especiales
<b>6. Transfusión de Hemoderivados (II)</b>
<b>7. Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (I, II)</b>
I. Hiponatremia
II. Hiperpotasemia
<b>8. Aspectos básicos de microbiología (I, II, III, IV)</b>
I. Toma de muestras en microbiología
II. Interpretación de los cultivos y pruebas de sensibilidad microbiológicas
III. Aproximación al paciente infectado
IV. Tratamiento antibiótico
<b>9. Tratamiento médico del dolor: manejo práctico (I, II, III, IV)</b>
I. Concepto Fisiopatología y tratamiento del dolor
II. Ejemplos prácticos en el tratamiento del dolor crónico
III. Tratamiento del Dolor Agudo Postoperatorio
IV. Dolor irruptivo en el paciente oncológico
<b>10. Pruebas de función respiratorias (I, II, III)</b>
I. Oxigenoterapia
II. Pruebas de función respiratorias (I)
III. Pruebas de función respiratorias (II)

## **SEMINARIOS R2**

- 1. Lectura crítica de literatura médica (I, II)**
- 2. Conocimientos básicos de bioética (I, II)**
- 3. Redacción de un artículo médico**
- 4. Habilidades de comunicación**
- 5. Principios básicos de estadística médica**
- 6. Taller sobre prescripción farmacológica en el Hospital**

## **SEMINARIOS R3**

- 1. Conocimientos básicos de Epidemiología Clínica (I, II)**
- 2. Conocimientos básicos de Gestión Clínica (I, II)**
- 3. Conocimientos básicos de Calidad Asistencial (I, II)**
- 4. Metodología básica de Investigación (I, II)**

## ANEXO II

### Documentos de la Comisión de Docencia

Consultar documentos de la Comisión de Docencia en la página web o en la INTRANET del Hospital:

- Hoja de Evaluación de las Rotaciones
- Hoja de Evaluación Anual
- Informe de Entrevista de Tutorización Continuada
- Memoria Anual del Residente
- Encuesta de Satisfacción del Residente