



GUÍA DEL TUTOR DE RESIDENTES

M^a ISABEL GONZÁLEZ ANGLADA

*Jefa de Estudios y Tutores de residentes
del Hospital Universitario Fundación Alcorcón*



Editora

**M^a Isabel González
Anglada**

*Jefa de Estudios y Tutores
Hospital Universitario
Fundación Alcorcón*



PRÓLOGO

Título:

Guía del tutor de residentes

Edita:

M^a Isabel González Anglada
Jefa de Estudios
Hospital Universitario
Fundación Alcorcón

Publica:

Hospital Universitario
Fundación Alcorcón

© Copyright**de la presente edición:**

De todos los autores

**Diseño, maquetación
e impresión:**

Evol Healthcare
Las cañas 2A
28043 Madrid, España

ISBN obra completa:

978-84-09-01790-4

Depósito Legal:

M-18843-2018

CASEN RECORDATI S.L., no ha participado en la redacción o enfoque de este material y por ello no se responsabiliza de su contenido, siendo los únicos responsables sus autores.

PRÓLOGO

Resultan para mí un honor y una gran satisfacción, escribir unas líneas que sirvan de prólogo al libro que tiene en sus manos, fundamentalmente por tres razones: la primera, por editarlo en este momento, la segunda por la calidad de su contenido y la tercera por quiénes son sus autores y donde desarrollan su actividad.

Desde principio de los años ochenta, instalados en un escenario de crisis sistémica, asistimos a la búsqueda de fórmulas de gestión y otras, que nos permitan conservar, asegurar y proyectar a futuro nuestro sistema público de salud. En paralelo durante ese tiempo, el mismo sistema, se ha consolidado y se ha convertido en referente a nivel mundial, y en una parte muy importante lo ha sido, por su capacidad para formar a profesionales altamente cualificados que gozan de reconocido prestigio.

Durante estos años, independiente de cualquier otro debate, siempre hemos asumido, que la participación y el liderazgo compartido con los profesionales, resultan imprescindibles para garantizar la gobernanza del sistema y de sus centros, y que esta premisa resulta requisito indispensable para garantizar su sostenibilidad. Además sabemos que esa colaboración debe asentarse sobre su bien hacer y a favor de la buena práctica clínica, de la *lex artis*, que es aquella basada en la evidencia, en la eficiencia y centrada en el paciente.

A partir de ahí, procede avanzar hacia la normalización de la actividad asistencial, haciendo y enseñando como se debe, para se haga lo que proceda y no lo que no proceda, porque ambas cosas son caras de la misma moneda. Y para que nuestros profesionales hagan buena medicina deben/debemos asumir que resulta pertinente alinearse a la hora de diseñar, planificar, implantar, asegurar, supervisar y evaluar sus actividades, y para que lo hagan, resulta imprescindible normalizar su proceso de formación.

El manual del tutor que editan los profesionales del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), solo persigue cumplir el mandato establecido en los Estatutos que regulan el funcionamiento del centro, actualizar su proyecto docente, y avanzar en el camino de la mejora continua hacia la excelencia asistencial. Desde el esfuerzo del día

a día, la experiencia acumulada y producto de la reflexión compartida, nuestros autores plantean al lector, como formar y atender a las necesidades de nuestros jóvenes compañeros durante un período de tiempo fundamental que les marcará para siempre, y le ofrecen una guía completa que atiende en todos los aspectos.

La vocación docente e investigadora del HUFA se define por sus resultados, incluido el grado de satisfacción que expresan los profesionales formados en él, y esa vocación tiene nombres y apellidos, que son los de los autores del libro y los del resto de la organización, porque nuestros tutores, nuestros Jefes Clínicos y nuestras Supervisoras de Enfermería, adaptan la organización asistencial para atender a las necesidades formativas de nuestros "resis", todos les enseñan, y los que no lo hacemos, ayudamos a los demás a que lo hagan.

Quiero agradecer a mis compañeros, el esfuerzo y el cariño con el que cada día atienden a las necesidades de nuestros compañeros en formación, y en su nombre, a la Dra. Isabel González Anglada, nuestra Jefa de Estudios, de la que doy fe de su perseverancia y de su esfuerzo profesional en las largas reuniones en mi despacho, en las que me ha ido guiando hasta conseguir apasionarme como lo está ella por el desempeño de su labor, por hacer que no me despiste, para que no me desconcentre de las cosas realmente importantes.

Dr. Modoaldo Garrido

Director Gerente

Hospital Universitario Fundación Alcorcón



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tarea de un tutor de residentes que se inicia en la tutoría es compleja. Los tutores no tienen una formación específica para llegar al puesto, y la referencia de sus antiguos tutores puede estar lejana en el tiempo y desadaptada a las actuales necesidades. La formación de especialistas es exigente para el tutor ya que le coloca en el papel protagonista de la planificación, supervisión y evaluación del residente. Esta situación supone una importante divergencia para el tutor entre autoformación y necesidades docentes.

Un tutor necesita semanas para poderse poner al día en cuanto a legislación nacional, normativa autonómica y procedimientos ordinarios del centro relativos a los residentes; necesita meses para dominar la planificación, supervisión y evaluación del futuro especialista; y necesita años para poder dar un salto adelante e innovar o investigar en docencia.

Este tiempo, la mayoría de las veces extralaboral, imprescindible para llevar a cabo la labor tutorial, puede ser utilizado de forma más eficiente si el tutor recibe las directrices básicas al empezar. Ayudarle además en técnicas pedagógicas como el *feed-back*, con guiones para realizar itinerarios formativos o entrevistas estructuradas, mostrar diferentes métodos de evaluación y orientarle en su perfil de competencias, hará que su trabajo se centre rápidamente en el residente e implante de forma precoz mejoras en su proceso de aprendizaje, siendo capaz de analizarlas y evaluarlas.

Con el residente ha de ser capaz de exigirle y a la vez motivarle, seguir su aprendizaje a través de los otros especialistas, ayudarle en sus problemas, corregir déficits y reforzar áreas relevantes.

Además el tutor tiene que implicar a toda la Unidad Docente, cultivar las buenas relaciones con otras Unidades, ampliar sus conocimientos en el campo psico-pedagógico-metodológico, y mostrar el fruto de su trabajo en la memoria de la tutoría.

Con los futuros programas formativos centrados en competencias, la orientación troncal y la evaluación objetiva nos espera un futuro apasionante en el que el tutor sigue siendo el protagonista.

En esta nueva edición hemos querido transmitir experiencias propias de muchas tutorías de distintas especialidades. Recetas de cocina para un buen guiso donde cada tutor aborda los instrumentos que ha utilizado y los problemas que ha encontrado con sus soluciones.

Nuestra "Guía del tutor" busca, de forma práctica, sencilla y concisa, capacitar al tutor novel, ayudarle a desplegar un proyecto docente y evaluar las medidas implantadas. En resumen, desarrollar un tutor eficiente en quien el residente confíe, se mire y con el que oriente su autoaprendizaje.

Dra. M^a Isabel Conzález Anglada

Jefa de Estudios

Hospital Universitario Fundación Alcorcón



ÍNDICE

ÍNDICE

PARTE I

1. EL TUTOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL RESIDENTE	21
<i>Dras. Beatriz Carrascosa Aguilar. Beatriz Sánchez Sauce</i>	
2. QUÉ ES SER TUTOR. FUNCIONES DEL TUTOR	27
<i>Dr. Guillermo Cacho Acosta</i>	
3. TAREAS DEL TUTOR ANTES DE LLEGAR EL RESIDENTE: ITINERARIO FORMATIVO.	35
<i>Dra. Cristina Garmendia Fernández</i>	
4. TAREAS DEL TUTOR CUANDO LLEGA EL RESIDENTE: ACOGIDA, PLAN INDIVIDUAL. ROTACIONES EXTERNAS.	41
<i>Dra. Ana M^a González-Spinola San Gil</i>	
5. TAREAS DEL TUTOR CON EL RESIDENTE: ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS	53
<i>Dra. M^a Isabel González Anglada</i>	
6. TAREAS DEL TUTOR CON EL RESIDENTE: EVALUACIÓN	63
<i>Dra. Patricia Sanmartín Fenollera</i>	
7. LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO O DE LAS COMPETENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. GUÍA BÁSICA.	101
<i>D. Jesús Morán-Barrios</i>	
8. EL TUTOR Y LA UNIDAD DOCENTE: PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN. IMPLICACIÓN DE LA UNIDAD.	117
<i>Dras. Pilar Rebotó Cortés. Ana M^a Tato Ribera</i>	
9. EL TUTOR Y LA INVESTIGACIÓN	125
<i>Dras. Dolores Martín Ríos. María Velasco Arribas</i>	
10. CASOS ESPECIALES: CAMBIOS DE ESPECIALIDAD, MATERNIDAD, EVALUACIÓN NEGATIVA	135
<i>Dra. M^a Isabel González Anglada</i>	
11. ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DEL TUTOR. PROYECTO DOCENTE	149
<i>Dr. Ángel Luis Bueno Horcajadas</i>	

12. FORMACIÓN DEL TUTOR	157
<i>Dra. Ana Isabel Huelmos Rodrigo</i>	
13. MEMORIA DE LA TUTORÍA	173
<i>Dr. Javier Ferrando Álvarez Cortinas</i>	
14. QUIÉN ES TUTOR. COMPETENCIAS DEL TUTOR	179
<i>Dr. José Luis Dobato Ayuso, D^a Celia Arnaiz Urrez, Dra. Ana González-Spinola San Gil, Dr. Guillermo Cacho Acosta, Dr. Rafael Timermans del Olmo, Dra. Dolores Martín Rios, Dra. Petra Sanz Mayordomo, Dra. M^a Isabel González Anglada</i>	

PARTE II

15. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ALERGIA	199
<i>Dñas. Dolores Alonso. Mar Moro</i>	
16. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ANÁLISIS CLÍNICOS	205
<i>Dra. Gemma Serrano</i>	
17. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ANESTESIA Y REANIMACIÓN	211
<i>Dra. Belén Cobo</i>	
18. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA	221
<i>Dra. Ana Isabel Huelmos</i>	
19. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL.	229
<i>Dr. José Antonio Rueda</i>	
20. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA	241
<i>Dra. Francisca Almodóvar</i>	
21. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN FARMACIA HOSPITALARIA	247
<i>Dra. Patricia Sanmartín</i>	
22. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN GINECOLOGÍA	255
<i>Dra. Nieves Climent</i>	
23. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	259
<i>Dra. Aranzazu Escalera</i>	
24. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.	265
<i>Dr. Fernando García</i>	
25. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA.	271
<i>Dra. Cristina Garmendia</i>	

26. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	277
<i>Dr. Javier Ocaña</i>	
27. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN NEUMOLOGÍA	291
<i>Dra. Eva Higes</i>	
28. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN NEUROLOGÍA.	296
<i>Dra. Laura Borrega y Dr. José Luis Dobato</i>	
29. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA	303
<i>Dras. Carmen Carrasco. Carmen García</i>	
30. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ONCOLOGÍA	308
<i>Dra. Alicia Hurtado y Dr. Juan Carlos Cámara</i>	
31. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	315
<i>D. Francisco Javier Fernández</i>	
32. ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN MATRONAS	325
<i>Dñas. Pilar Toribio. Elisa Cruz</i>	
33. NORMAS LEGALES EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	335
34. BIBLIOGRAFÍA	339

*Han colaborado en la edición de estos capítulos otros tutores del Hospital Universitario Fundación Alcorcón:
Fina Alcántara, Sonia Alonso, Miguel Argüelles, Reyes Gamo, José Ignacio García, Carmen Porras, Mónica Rodríguez,
Leonor Moreno, Helena Martín y Natalia Schoebel.*



PARTE I



CAPÍTULO 1

EL TUTOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL RESIDENTE

EL TUTOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL RESIDENTE

Dras. Beatriz Carrascosa Aguilar. Beatriz Sánchez Sauce. Residentes de Aparato Digestivo y Medicina Interna.

El período de residencia constituye una etapa en la que se adquieren conocimientos, capacidades, competencias, experiencias y sobre todo una nueva visión de la medicina distinta de la que hasta ahora ha vivido durante la carrera y la preparación previa para el examen MIR. Una forma de vida que al margen de las características personales de cada uno imprime carácter nuevo y establece relaciones interpersonales con compañeros y pacientes que anteriormente no se habían vivido, y que pueden resultar duras a la par que gratificantes cuando de ellas se extrae una enseñanza.

En este período nuevo y de incertidumbre, el papel del tutor para la buena evolución del residente es fundamental por las siguientes razones:

- Constituye el primer contacto a su llegada al hospital, que junto con sus Co-Residentes y Residentes mayores contribuye a la integración del residente en el servicio como en el resto del hospital.
- Guía en el cumplimiento y organización de las rotaciones establecidas según el programa de la especialidad, bien dentro del propio servicio y en el resto de servicios implicados en la docencia. Así mismo es asesor de rotaciones opcionales.
- Participación activa en el seguimiento y análisis de los puntos fuertes y débiles de las rotaciones, estableciendo planes de mejora si precisase.
- Consultor en caso de conflictos o problemas que se presenten, siendo un apoyo en los momentos de tensión bien con otros residentes, adjuntos o incluso pacientes; aconsejando sobre la actitud que el residente debe adoptar y si está en su mano interceder en el problema. Así como si se diese parte de alguna incidencia o mala actitud del residente informar a éste de forma adecuada y establecer las correcciones oportunas con un plan de mejoras.
- No solo debe ser un supervisor de la docencia, sino también contribuir en la

enseñanza de los conocimientos y capacidades del residente; implicándose directamente en que el residente progrese día a día y evaluándolo de forma objetiva.

- Impulsor de proyectos de investigación, tanto aquellos propuestos por el mismo tutor, como por incluir al residente en otras líneas de investigación llevadas a cabo por el servicio, o apoyarlo en aquellos trabajos en los que tome la iniciativa.
- Poner a su disposición material bibliográfico e impulsar la realización de cursos tanto de la propia especialidad como aquellos de formación general, imprescindibles en la formación de todo residente (ofertados o no por el propio hospital).
- Impulsar la participación en congresos con la presentación de los trabajos realizados.
- Asegurarse de la participación del residente en las sesiones organizadas en el servicio, tanto como ponente como asistente; así como de la participación activa en las sesiones de los servicios por los que el residente rota.

Según el período de residencia el tutor debe prestar especial atención al residente en distintos ámbitos, así habría que tener en cuenta que no es lo mismo la supervisión y guía de un residente de primer año, a la supervisión del residente que alcanza su último año. En el caso del primero considerar que precisa un apoyo más directo en la integración, relación con sus compañeros y personal hospitalario, evolución de capacidades, capacidad de trabajo y actitud hacia los problemas surgidos durante esta primera etapa de mayor inseguridad e incertidumbre. Con respecto a los residentes de años intermedios fomentar su participación en las actividades del servicio y revisar si los conocimientos adquiridos son los adecuados. Debe ser una figura implicada en la identificación de problemas que puedan afectar en la docencia como por ejemplo: la sobrecarga asistencial, conflictos y organización del propio servicio, falta de recursos, etc. En cuanto al residente de último año no es menos a la hora de prestarle atención por parte del tutor, ya que vuelve a ser una etapa de mayor inseguridad e inestabilidad para el mismo, en la que el consejo del tutor es fundamental para la creación de una estrategia para el futuro profesional, aconsejando cómo puede abrirse camino en la etapa de adjunto; descubrir aquellos conocimientos en los que destaca y, sobre todo, identificando los puntos débiles que aún pudiesen quedar. Muy importante la supervisión del *curriculum vitae* del residente.

Un buen tutor para un residente es aquél que se sabe que “está ahí” en los problemas, debe ser severo a la vez que cercano y accesible. No se trata de un “colega” más, ni de un “padre” sino de una figura de referencia y apoyo, un consultor, mediador y organizador en la etapa formativa del residente. Capaz de evaluar si la evolución de su discípulo es la adecuada.

La actividad de tutor requiere tiempo, dedicación, esfuerzo e interés; características que, en ocasiones, pueden estar mermadas por la presión asistencial, la carencia de horas específicas para la formación o la falta de recursos. Todo ello es percibido por el propio residente, que puede sentirse poco apoyado, o generar en el tutor desgana o falta de interés por desarrollar la actividad, llegando incluso a afectar a la comunicación entre tutor y residente, traduciéndose en una falta de confianza mutua o a la incapacidad para organizar y coordinar las rotaciones y/o actividades; así como para completar la propia formación del tutor.

La figura del tutor es el eje sobre el que recae la responsabilidad del plan individual de formación de cada especialista, y de su dedicación depende en gran parte el grado de satisfacción del residente y el éxito en su futuro profesional.



CAPÍTULO 2

QUÉ ES SER TUTOR. FUNCIONES DEL TUTOR

QUÉ ES SER TUTOR. FUNCIONES DEL TUTOR

Dr. Guillermo Cacho Acosta. Especialista y tutor de Aparato Digestivo.

El tutor constituye una necesidad organizativa de todo servicio dotado de docencia. Es el principal responsable del proceso de enseñanza y, además de planificar, supervisar y evaluar, debe ser capaz de proponer medidas de mejora. Tiene que favorecer la autonomía de aprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

La tarea que realizan los tutores es extremadamente compleja, ya que han de trabajar con conceptos sensibles (destrezas, valores, sentimientos, actitudes...) y deben de considerar la pluralidad personal que está detrás de cada residente. Las condiciones en las que realizan su misión son generalmente hostiles, con pocos medios, mínima autonomía y escaso o nulo tiempo para la docencia. Todo esto hace que el tutor de residentes a menudo se sienta insuficientemente preparado.

La visión tradicional de la vocación ha hecho mucho daño a la profesión médica en general y a la docencia en particular. Sin dudar de su existencia, su divulgación sin acotaciones, ha llevado a menudo a confundir un compromiso responsable con el trabajo y una inclinación favorable hacia una actividad, con una consagración sin reservas colmada de renuncia personal. Esto, en el contexto que nos ocupa, ha terminado por hacer del puesto de tutor algo potestativo, donde su formación y la medida de su pericia son irregulares, no existen criterios homogéneos para su acreditación, y su capacidad de mejora suele estar guiada por su propio criterio. Por lo tanto, la meta y obligación del Sistema de Salud debería ser profesionalizar la figura del tutor.

En el otro extremo, está la obstinación actual por cuantificarlo todo, con el riesgo de difuminar hasta lo imperceptible la tradicional asociación del maestro y el discípulo. En ella, el primero educaba al segundo a través de la estrecha convivencia, más que por la aplicación de un baremo que reflejase numéricamente la magnitud de sus

competencias, destrezas, orientaciones, o tantas otras pomposas palabras que han impregnado nuestro muy técnico y moderno léxico, cuando desde el principio queríamos decir simplemente aprendizaje.

Entre ambos extremos debemos encontrar la respuesta a la pregunta, ¿Qué es ser tutor? Y, sin dejarnos influir demasiado por la trampa vocacional ni el inevitable tecnicismo moderno, concluir que el tutor es el profesional especialista en servicio activo, que tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, las habilidades y las actitudes del residente, a fin de garantizar el cumplimiento de su programa formativo.

Por otra parte, desde el punto de vista de las obligaciones que las autoridades tienen con respecto a los tutores, debemos señalar que según el *artículo 10.2 de la Ley 44/2003*, de 21 de noviembre, las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas. Además, las Administraciones Sanitarias, a fin de facilitar el progreso de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes, deben propiciar que los tutores realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo. De todos es conocido que lo expresado en este párrafo supone un área de trabajo que admite un amplio margen de mejora. Si realmente pretendemos que lo que se refleja en este libro no quede en un interesante planteamiento teórico, es preciso que antes se ejecute de forma tangible el más que merecido reconocimiento a la figura del tutor.

Veamos con optimismo la disposición de las autoridades a impulsar la tutoría y así, concluir este preámbulo diciendo que un tutor ideal debe responder eficientemente a la demanda de especialistas competentes por parte de la sociedad. Conseguir esto y hacer de los tutores unos profesionales conlleva definir sus funciones.

FUNCIONES FORMATIVAS

Aquellas que tienen como objetivo el aprendizaje del residente. Son:

Elaboración del itinerario formativo y de los planes individuales del residente

El tutor es quien tiene la responsabilidad de desarrollar el esquema de aprendizaje

del residente durante el período de formación. Para ello dispone del Programa Oficial de la Especialidad que es un elemento guía básico. Sin embargo, se trata de un documento de carácter genérico y por tanto, de difícil implantación en su totalidad tal cual está escrito. Los tutores, conjuntamente con los órganos de dirección y las Comisiones de Docencia, deben adaptarlo a las características de la unidad docente y de los residentes a su cargo. La elaboración del itinerario formativo constituye un valioso instrumento para sistematizar la formación permitiendo la planificación de contenidos y actividades. De este modo se asegura una continuidad entre el Programa Oficial y las acciones realizadas en los centros docentes concretos, además de permitir el desarrollo de los planes individuales. Estos últimos establecen la conexión entre lo que marca el Programa Oficial, lo que establece el itinerario formativo de la unidad docente y las características propias del residente. Por ello, la meta ideal sería que el residente participe activamente en la elaboración del plan individual que le concierne.

Fomentar la actividad docente e investigadora

La investigación biomédica es uno de los motores básicos del progreso científico y el resultado de este el aumento en la esperanza y calidad de vida del ser humano. Hoy en día vivimos un momento crucial en el campo de la investigación biomédica. Tratamos de encontrar la forma más satisfactoria de aplicar los conocimientos básicos al proceso asistencial. Se trata de establecer el puente que une la investigación básica con la investigación clínica y ésta con la práctica asistencial, concepto que, retorciendo algo el lenguaje, se ha denominado investigación traslacional. Sea cual fuere el término utilizado, es indudable que en gran medida este proceso se lleva a cabo en los centros sanitarios donde se forman los residentes. Su aprendizaje en este campo es pues una necesidad ineludible y es misión del tutor hacer que el residente conozca y entienda las reglas de la investigación, sus bases metodológicas y sus posibles aplicaciones prácticas. En España existe un alto grado de variabilidad en la práctica médica lo cual comporta una elevada tasa de uso inapropiado de recursos y procedimientos. Mejorar esto debe ser un objetivo básico del período de residencia. Paralelamente, el volumen de información científica actual es inabordable. Por ello se hace imprescindible saber valorar la calidad de la evidencia científica disponible. La enseñanza de la lectura crítica y la adquisición de habilidades para la búsqueda bibliográfica es una de las necesidades del período de residencia.

DE EVALUACIÓN

Aquellas funciones que tienen como objetivo estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento del residente. Son:

Reuniones periódicas estructuradas para la evaluación de las rotaciones

La programación de entrevistas periódicas a lo largo del período de formación es misión del tutor. Se trata de encuentros, directos en forma de entrevistas formales reales o indirectos a través de cualquier medio, en los que residente y tutor tienen la oportunidad de analizar con detenimiento la evolución de las rotaciones. A través de ellas se puede averiguar si todo va según lo previsto, si existen problemas que deban solucionarse y que áreas de mejora existen de cara al futuro. Estas reuniones no deben hacer olvidar que el contacto con el residente, de una manera u otra, debe ser un proceso continuo que está por encima de entrevistas puntuales. Sin embargo, es preciso documentar este proceso y ello conduce a la exigencia de plasmar regularmente el resultado de esta comunicación entre tutor y residente. La periodicidad de los encuentros vendrá establecida por las peculiaridades de la especialidad, de la unidad docente y del propio residente; y debe ser responsabilidad del tutor decidir sobre este aspecto.

Evaluación del residente

El tutor es el principal responsable de la evaluación continuada del residente. Participa en la estimación directa de aquellas actividades que así lo requieran y organiza las valoraciones que correspondan al resto de integrantes de la unidad docente. Además es parte de las atribuciones evaluadoras del tutor llevar adelante el resto de los puntos a que se refiere el presente apartado.

Coordinar y supervisar el libro del residente

El objetivo del libro del residente es registrar las diferentes actividades que este va desarrollando en su triple vertiente asistencial, formativo-docente y científica. Por un lado es un inventario de la aplicación del itinerario formativo y el plan individual, y por otro reúne información sobre su propio progreso competencial. El tutor tiene la responsabilidad de guiar y revisar la elaboración del libro del residente, además de participar en aquellas actividades que forman parte del documento y que son de su incumbencia. El tutor, de esta forma, contribuye a generar un ambiente de reflexión y autocrítica en el médico en formación que finalmente quedará plasmado en el libro.

Coordinar y supervisar la memoria anual del residente

Al finalizar cada año, el residente elabora un resumen objetivo y subjetivo de la actividad desarrollada a lo largo del tiempo considerado. Por un lado es un registro que certifica el adecuado cumplimiento del programa formativo y por otro permite una valoración libre en estructura y extensión por parte de residente y tutor de todo lo

acontecido durante el año previo. Es cometido del tutor regular el desarrollo de la memoria y servir de guía para que dicho resumen, las entrevistas estructuradas, los documentos de evaluación y el libro del residente no se conviertan en una legión de papeles en los que la información se solape o se pierda la concisión, *hermana de la claridad y madre de la eficacia*.

DE ORGANIZACIÓN

Aquellas funciones que tienen como objetivo conocer la estructura del servicio en sus aspectos formativos y los resultados obtenidos del mismo. Son:

Memoria de planificación docente

Cada tutor de forma previa a su nombramiento inicial o en los casos de reacreditación debe redactar una memoria en la que de forma concisa pero detallada describa el plan docente para el período formativo que corresponde hasta finalizar su período de tutor (una residencia, entre cuatro y cinco años) o iniciar un nuevo proceso de reacreditación. Esta es una herramienta fundamental y única en su naturaleza al permitir que el tutor programe sus objetivos a medio plazo. El docente obtiene una perspectiva temporal que le aleja de los estrechos márgenes de tiempo en los que se suele desarrollar su cometido.

Memoria anual docente

Según *Orden Ministerial del 22 de junio de 1995* por la que se regula la Comisión de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas, es cometido del tutor de residentes la elaboración de una Memoria Anual de las actividades docentes con participación específica de los especialistas en formación. La memoria, una vez visada por el Jefe de la Unidad se remitirá a la Comisión de Docencia o a la Comisión Asesora, según corresponda.



CAPÍTULO 3

TAREAS DEL TUTOR ANTES DE LLEGAR EL RESIDENTE: ITINERARIO FORMATIVO

TAREAS DEL TUTOR ANTES DE LLEGAR EL RESIDENTE: ITINERARIO FORMATIVO

Dra. Cristina Garmendia Fernández. Especialista y tutora de Medicina Interna.

El tutor de cada una de las especialidades debe establecer el plan o itinerario formativo de la unidad docente, tomando como base los programas formativos aprobados para cada una de las especialidades por las Comisiones Nacionales respectivas.

Los objetivos primordiales de las Guías Formativas de cada Centro son:

- Adaptar el Programa Oficial de Formación de cada especialidad al contexto de la Unidad Docente local, en cuanto a los Recursos, organización y funcionamiento con las particularidades de su Centro y Unidad.
- Servir de programa formativo común para los residentes de dicha Unidad.
- Sentar las bases en cuanto a la Planificación del programa formativo a lo largo de todo el período formativo docente.
- Servir de Guía para la redacción del Plan Individual de cada residente.

CONTENIDO

Dicho Itinerario debe incluir entre sus puntos los siguientes:

- Definición de la especialidad
- Recursos humanos y cartera de servicios de la Unidad que recibe al residente. Datos asistenciales básicos de la Unidad.
- Objetivos generales y específicos para la formación. Se señalarán objetivos generales y específicos para cada año de la formación.
- Competencias profesionales a adquirir por el residente, según su año de residen-

cia, detallando las actividades asistenciales mínimas a realizar a fin de lograr dichas competencias.

- Plan de rotaciones obligatorias de acuerdo con el programa oficial nacional de la especialidad, tanto en contenido, como en duración. Objetivos a lograr en cada una de las rotaciones y actividades asistenciales a realizar para lograrlos.
- Rotaciones externas propuestas, bien obligatorias por necesidad para completar su programa formativo, o bien voluntarias según el interés del residente y de la Unidad.
- Actividades formativas del plan transversal común aprobado por la comisión de docencia del hospital
- Se identificarán las sesiones clínicas generales, así como las específicas del Servicio y su contenido (bibliográficas, clínicas, de imágenes...) y periodicidad. Es de destacar las sesiones bibliográficas y las de residentes, bien basadas en casos clínicos o en incidentes críticos.
- Actividades científicas y de investigación (ponencias, publicaciones, trabajos de investigación, etc.) programadas para cada residente según año de formación y para todo el período de residencia.
- Se ofrecerá desde el servicio actividades de investigación y formación, así como rotaciones voluntarias en centros externos de referencia nacional o internacional, así como las obligatorias que por necesidades, se requieran para la adquisición de competencias; especificando su duración máxima en el caso de las voluntarias.
- Se especificará el programa de guardias por cada año de formación, en un número mínimo y máximo de acuerdo con el plan nacional, así como el servicio en el que se desarrollen.
- Organización de la tutoría y supervisión de la docencia, con los criterios de asignación del tutor.
- Criterios para la evaluación del proceso de enseñanza.
- Fuentes de información y documentación.

COMPETENCIAS

Los puntos fundamentales de objetivos y rotaciones se orientarán según las competencias transversales:

1. Conocimientos
2. Habilidades clínicas
3. Manejo de la información, autoaprendizaje.

4. Investigación, análisis crítico de la información
5. Gestión de Recursos y Salud Pública
6. Valores profesionales y Bioética
7. Trabajo en equipo

En base a las premisas anteriores la comisión de Docencia de la HUFA ha aprobado el Documento Guía para su realización en la HUFA, cuyo índice está recogido en la tabla 1.

Tabla 1

1. Recursos y actividades del servicio	1.1 Introducción
	1.2 Recursos humanos
	1.3 Recursos físicos
	1.4 Recursos técnicos
	1.5 Cartera de servicios
2. programa de la especialidad	2.1 Programa de rotaciones
	2.2 Rotaciones externas
	2.3 Guardias
	2.4 Otros
3. Actividades docentes	3.1 Sesiones del Servicio
	3.2 Sesiones generales
	3.3 Cursos de formación común complementaria para residentes
	3.4 Congresos, jornadas y cursos de especialidad
	3.5 Formación en investigación y publicaciones
4. Tutoría	4.1 Organización
	4.2 Reuniones
	4.3 Entrevista estructurada
	4.4 Evaluación del residente

Esta guía será aplicable a todos los especialistas en formación vinculados al centro docente hospitalario y de esa especialidad. **Desde ella el tutor, elaborará los programas formativos individuales que se entregarán a cada residente.**

Tras la elaboración del Itinerario Formativo por parte del tutor, este deberá presentar y consensuar el documento en su Unidad o Servicio.

El siguiente paso debe ser la Presentación del Documento en la COMISIÓN DE DOCENCIA por parte del tutor de especialidad, siendo éste valorado por sus miembros y finalmente aprobado por ésta.

Con las premisas previamente descritas el tutor deberá elaborar el plan individual de cada residente adaptado a cada uno de ellos, en lo referente a las fechas de rotaciones personalizadas.



CAPÍTULO 4

**TAREAS DEL TUTOR CUANDO LLEGA EL RESIDENTE:
ACOGIDA. PLAN INDIVIDUAL. ROTACIONES EXTERNAS**

TAREAS DEL TUTOR CUANDO LLEGA EL RESIDENTE: ACOGIDA. PLAN INDIVIDUAL. ROTACIONES EXTERNAS

Dra. Ana M^a González-Spinola San Gil. Especialista y tutora de Obstetricia y Ginecología.

El residente llega al hospital con gran ilusión y lleno de expectativas. Será, en la mayoría de las ocasiones, su primera experiencia laboral y debe pasar de forma brusca de una formación tradicional académica al autoaprendizaje del adulto. Todos estos cambios generan importantes tensiones en el propio residente y en su entorno. El tutor juega un papel de gran importancia en la adaptación al nuevo medio. Para ello el tutor colaborará en la acogida en el hospital y en la propia unidad, planteará al residente lo que será su proyecto formativo, entregará el itinerario de la especialidad, adaptará el itinerario a su plan individual, ayudará al residente a formular sus objetivos y adelantará la forma de evaluación prevista.

ACTO DE ACOGIDA DEL HOSPITAL. GUÍA DE ACOGIDA DEL HOSPITAL. DERECHOS Y DEBERES, FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL, DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

La incorporación de los nuevos residentes a un centro hospitalario no deja de suponer una situación de estrés y fuente de ansiedad, ya que supone la incorporación al mundo profesional tras cerrar el ciclo correspondiente a la vida académica.

Serán años de formación, en las diferentes ramas de la medicina, esenciales para su futuro y constituirán una inversión absolutamente provechosa, tanto más cuanto mayor sea el tiempo e interés dedicado a esta empresa.

El hospital que recibe a estos nuevos profesionales debe implicarse en proporcionar una cálida acogida donde Directivos, Profesionales del Centro y miembros de la Comisión de Docencia transmitan el interés colectivo para alcanzar la calidad y

reconocimiento que el residente considera atribuible al hospital de su elección; debe considerarse objetivo prioritario de todos los miembros del hospital formar los mejores especialistas implicándose, por tanto, en la docencia, manteniendo e incluso elevando el nivel docente respecto a promociones anteriores e incrementando las oportunidades formativas.

Se proporcionará a los nuevos residentes la Guía de Acogida, entendiéndose como tal la información sobre el funcionamiento global del centro hospitalario y la labor que en él se desarrolla; el nuevo profesional deberá conocer las características generales del hospital y la cartera de servicios del mismo. Se informará sobre la organización y estructura de Comisión de Docencia (actividades formativas, becas, ayudas disponibles y ofertadas al conjunto de residentes) y sobre la organización interna del correspondiente Servicio o Especialidad acreditada por la que ha optado: responsables de la Unidad, organigrama interno de las distintas subunidades si existieran, tutores en Docencia.

Las **funciones de la Comisión de Docencia** se encuentran recogidas en la *Orden SCO/581/2008*, de 22 de febrero. Fija criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor; son las siguientes:

- Organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para Especialistas que se lleven a cabo en el centro, y el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas de formación.
- Supervisión de la aplicación práctica de la formación y de su integración con la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias, del centro.
- Programación anual de las actividades de formación especializada del centro y el establecimiento de los planes individuales para cada Especialista en formación, de acuerdo con los programas aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia para cada especialidad.
- Informar a la Gerencia o a la Dirección del centro sobre la propuesta de oferta anual de plazas de formación especializada del mismo.
- Emisión de informe a las autoridades administrativas, cuando se aprecie la posible infracción de las disposiciones vigentes sobre formación especializada.
- Solicitud de realización de auditorias docentes en el Centro, cuando las circunstancias así lo demanden.
- Realización de los informes que les sean solicitados por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

h) Elaboración y aprobación de la Memoria anual de actividades de formación especializada desarrolladas en el centro.

- Cuantas otras funciones se asignen a las *Comisiones de Docencia en los Reales Decretos 127/1984 y 2708/1982*, en esta Orden, o en otras disposiciones reguladoras de la formación sanitaria especializada dictadas en su desarrollo, así como las que les sean encomendadas, de forma conjunta, por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

La Comisión de Docencia extenderá sus competencias a todos los servicios asistenciales del hospital que impartan formación especializada para licenciados, y se relacionará con los órganos de dirección del centro a través de la dirección médica.

Los tutores serán los encargados del seguimiento de la formación de los residentes; en cada una de las especialidades acreditadas existirá un tutor personal, referente de los residentes asignados.

De la misma forma que el residente es informado de sus responsabilidades y deberes, también será informado de sus derechos. Además de los derechos y deberes de carácter general establecidos en el Estatuto de los Trabajadores, el contrato laboral de los médicos en período de residencia está regulada también por el *Real Decreto 1146/2006* de 6 de octubre, cuyo artículo 4 especifica las características específicas de la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Derechos de los residentes

- A Conocer el programa de formación de la especialidad a cuyo título aspira, así como, en su caso, las adaptaciones individuales.
- A la designación de un tutor que le asistirá durante el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación.
- A recibir, a través de una práctica profesional programada, tutelada y evaluada, una formación teórico-práctica que le permita alcanzar progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad, mediante su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias del centro.
- A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su Unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento.

- A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo.
- A conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la Unidad en la que el residente está prestando sus servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, sin que ello pueda suponer la denegación de asistencia o el abandono de su puesto.
- A participar en actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica en las que intervenga la Unidad acreditada.
- Al registro de sus actividades en el libro del residente.
- A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad.
- A la prórroga de la formación en tiempo y condiciones que se estimen adecuadas según la normativa docente vigente si así fuera solicitado.
- A la revisión de las evaluaciones anuales y finales según el procedimiento que se regula en este Real Decreto.
- A estar representado, en los términos que establezca la legislación vigente, en la Comisión Nacional de la Especialidad y en las comisiones de docencia de los centros.
- A evaluar la adecuación de la organización y funcionamiento del centro a la actividad docente, con la garantía de la confidencialidad de dicha información.
- A recibir asistencia y protección de la entidad docente o servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.
- A contar con la misma protección en materia de salud laboral que el resto de los trabajadores de la entidad en que preste servicios.
- A no ser desposeído de su plaza si no es por alguna de las causas de extinción previstas en este Real Decreto o de otras causas previstas legalmente.

Deberes de los residentes

- A realizar todo el programa de formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad en los términos establecidos en el artículo 20.3.a) de la *Ley 44/2003*.
- A formarse siguiendo las instrucciones de su tutor y del personal sanitario y de los órganos unipersonales y colegiados de dirección y docentes que, coordinadamente,

se encargan del buen funcionamiento del centro y del desarrollo del programa de formación de la especialidad correspondiente. Conocer y cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento aplicables en las instituciones que integran la unidad docente, especialmente en lo que se refiere a los derechos del paciente.

- Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la institución sanitaria.
- Utilizar racionalmente los recursos en beneficio del paciente y evitar su uso ilegítimo para su propio provecho o de terceras personas.

RECIBIR AL RESIDENTE Y PRESENTARLO A LA UNIDAD, ENTREGARLE EL ITINERARIO FORMATIVO

Una vez cumplimentados los trámites burocráticos hospitalarios, el nuevo residente será presentado a la totalidad de miembros del área especializada correspondiente donde se le hará entrega del **Itinerario Formativo**.

El programa de formación para los médicos internos residentes (MIR) consta de unos elementos comunes e independientes de la especialidad elegida, y una formación especializada diseñada por los tutores de cada uno de los servicios acreditados, en colaboración con la Unidad Docente, basados en el programa oficial de la especialidad.

Este programa se inicia tras el ingreso del residente y consta de una serie de **actividades asistenciales, docentes y de investigación**.

Las actividades asistenciales se resumen en el cronograma de rotaciones dentro de la propia unidad, rotaciones por otras unidades dentro del hospital y rotaciones externas por aquellos centros que se precise para completar su formación. Dentro de las actividades asistenciales se incluyen las guardias tanto en Urgencias como las guardias de la Especialidad.

Las actividades docentes incluyen las sesiones, los cursos y los congresos. El residente se incorporará de forma activa y temprana a la preparación de sesiones tanto de la propia unidad como de la unidad por la que rota. Asistirá y participará en las sesiones Generales e interhospitalarias. Los cursos a los que tiene que asistir el residente pueden ser transversales o de especialidad. Los cursos transversales introducen al residente en el hospital y le dotan de las herramientas fundamentales:

Protección radiológica, Historia clínica electrónica, Urgencias, Reanimación Cardiopulmonar, Metodología, Estadística, Búsquedas bibliográficas, Bioética, etc. Un ejemplo de organización de cursos transversales, de obligado cumplimiento por parte de los residentes en determinado año de su especialidad, sería el elaborado en nuestro Centro:

Cursos	Horas	Año R
Curso de Historia clínica electrónica y fundamentos para la incorporación del residente	20	R1
Curso de Soporte Vital avanzado	20	R1
Curso de Asistencia Básica en Urgencias	18	R1
Curso Electrocardiografía básica	19	R1/3
Curso-Taller de suturas y cirugía menor	6	R1/5
Curso de protección radiológica		R1
Metodología de la Investigación	30	R1
Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud	30	R1/2
Curso de Búsquedas Bibliográficas: Fuentes de Información para Residentes	10	R1
Lectura crítica de artículos y Medicina Basada en la Evidencia	14	R2/5
Curso de Seguridad del paciente y uso racional del medicamento	14	R2/3
Habilidades de comunicación	20	R2/3
Curso de Bioética	16	R2/5

MOSTRARLE PLAN DE TRABAJO, ASISTENCIA, GUARDIAS, SESIONES, CURSOS DE FORMACIÓN DE TRANSVERSAL OBLIGATORIOS, CURSOS DE ESPECIALIDAD RECOMENDADOS, ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Se mostrará al nuevo MIR su plan de trabajo: horario, guardias médicas, sesiones clínicas (tanto asistencia a las sesiones organizadas e impartidas por otros miembros del Servicio, como la obligación de impartir por él mismo sesiones para el resto de profesionales de la Unidad), orientación sobre asistencia a cursos de la especialidad recomendados y la obligatoriedad de desarrollo de actividad investigadora durante sus años de formación (se fomentará la realización de estudios de investigación clínica entre los residentes. Debe tenerse en cuenta que la participación en los mismos es

parte del Plan individual y en caso de no llevarse a cabo podría resultar en evaluación anual negativa).

El sistema de residencia es de autoaprendizaje, aportando el servicio y el tutor los elementos y actividades necesarios. En la actividad asistencial y profesional, se sigue el método de responsabilidad progresiva, de manera que a medida que se avanza en la formación la supervisión del especialista es decreciente. Así en el primer año será supervisado en prácticamente toda su actividad (siendo responsable el especialista a cuyo cargo esté dicha actividad) y en último año ejercerá prácticamente como un profesional autónomo bajo su propia responsabilidad. Como norma general se consideran tres niveles de responsabilidad del residente:

- Grado 1: Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una tutorización directa; el residente ejecuta y posteriormente informa.
- Grado 2: el residente puede realizar las actividades por sí solo, tras consultarlas con un especialista.
- Grado 3: Son actividades realizadas por el personal sanitario del Centro y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente.

Es importante el desarrollo de un **programa personalizado para cada residente** (es la adaptación a las características propias de cada Servicio del programa oficial de la especialidad, donde se incluyen actividades asistenciales, docentes e investigadoras, guardias y rotaciones que se deben realizar a lo largo de la residencia. En cada uno de esos aspectos se describen sus objetivos, características y niveles de aprendizaje y responsabilidad), concretando el cronograma y tiempo de las rotaciones, asistencia a cursos y congresos, rotaciones externas. Se entiende por rotación externa que se realiza fuera del propio hospital. Las rotaciones externas pueden ser de programa, si es obligatoria según el programa oficial de la especialidad y el centro no dispone de posibilidades para lograr sus objetivos. Las rotaciones externas no de programa tienen la finalidad de ampliar conocimientos en un área determinada, son voluntarias y son propuestas por el Tutor y el Residente, con el visto bueno del Jefe de Servicio, a la Comisión de Docencia.

La solicitud de rotación externa especificará los objetivos formativos que se pretenden, deberá solicitarse con una antelación predeterminada a la fecha de inicio de la misma (habitualmente más de 2 meses), con el fin de presentar toda la documentación requerida y realizar todos los trámites administrativos requeridos tanto por el Hospital como por la Administración. Estas rotaciones no deben superar, para un residente, los cuatro meses de duración de forma continuada en el año, ni exceder, en el conjunto del período formativo de la especialidad, los doce meses.

Las rotaciones externas serán evaluadas por el centro donde se efectúen, cuya Comisión de Docencia remitirá el informe de evaluación a la del Centro donde se encuentre adscrito el residente.

Durante la rotación por otros servicios, el residente también podrá contar con la ayuda del Tutor de la Unidad Docente correspondiente.

ENTREGARLE MODELO DE MEMORIA DEL RESIDENTE PARA REALIZAR A LO LARGO DEL AÑO

La realización de la memoria es **obligatoria**. Sustituye al “libro del residente” exigido por el Ministerio de Sanidad para la evaluación anual. Tanto para Docencia como para los tutores constituye una **herramienta esencial** para conocer la progresión, opiniones, puntos fuertes y débiles del residente en formación; pero, sobre todo, esta Memoria es **útil para el propio residente**, siempre que sea cumplimentada con interés.

La memoria debe recoger todos los apartados del libro del residente, esto es, todos los datos que recojan la progresión del aprendizaje del residente en los cuatro aspectos fundamentales:

- En la primera, revisarán la **actividad asistencial** realizada en todas las rotaciones y detallarán desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo la consecución de los objetivos en cada una de las rotaciones: se pide al residente que describa sus rotaciones, cuáles ha realizado, en qué consistían, cuántos pacientes, diagnósticos, informes, técnicas y procedimientos ha llevado a cabo. Se trata de un **registro**, pero también es muy conveniente que en ellas se **añadan reflexiones** sobre lo que le han aportado, lo que ha descubierto en ellas y las debilidades o áreas de mejora que ha percibido. Se realizará una por cada rotación
- Segunda parte: **actividades docentes**: sesiones, cursos, reuniones y congresos.
- Tercera parte: **actividades de investigación** que ha realizado.
- Cuarta parte: **opiniones y reflexiones**. Aprender no sólo es incorporar nuevos conocimientos y habilidades. También es **conocerse mejor** en el desempeño de éstas. Esta parte nos parece particularmente importante, solicitamos que se cumplimente con detalle, dedicándole un tiempo a la introspección. Valorar los **progresos y deficiencias en todas las competencias que el residente debe lograr**.

Finalmente recomendamos una quinta parte anónima o no de evaluación de las rotaciones. Al igual que el residente es evaluado, también **debe evaluar cada una de las rotaciones que realiza**. Interesa que analice la docencia recibida; solicitamos que **opine** sobre

la labor de tus tutores y otros docentes, sobre la Comisión de Docencia y que nos aporte sugerencias para mejorar. Esta memoria debe ser entregada a su tutor para que la revise.

PLANIFICAR ROTACIONES EXTERNAS. OBJETIVOS, DURACIÓN, LUGAR. PROBLEMAS DE LAS ROTACIONES EXTERNAS

La regulación de las mismas está especificada en el artículo 21 del *Real Decreto 183/2008*, de 8 de Febrero y en el artículo 8 del *Real Decreto 1146/2006*, de 6 de octubre.

¿Que se entiende por rotación externa?

Son aquellos periodos formativos autorizados que se llevan a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente.

¿Cuándo se podrán realizar?

Las rotaciones externas se realizarán según se planifique en el itinerario y plan individual, fundamentalmente una vez el residente ya tenga realizado un aprendizaje básico que le permita hacer más rentable su rotación. Deben ser aprobadas por la Comisión de Docencia y autorizadas por el órgano responsable de la Comunidad Autónoma.

¿Que duración pueden tener las rotaciones?

- No podrán superar los 4 meses continuos dentro de cada período de evaluación anual.
- En el conjunto del período formativo no podrán superar:
 - 12 meses para especialidades de duración igual o superior a 4 años.
 - 7 meses para especialidades de duración igual o superior a 3 años.
 - 4 meses para especialidades de duración igual o superior a 2 años.
 - 2 meses para especialidades de duración igual o superior a 1 año.

¿Qué documentación se tiene que presentar para solicitar la autorización?

Será preciso el presentar la siguiente documentación al menos **con 3 meses de antelación**:

- Propuesta del tutor del Residente, a la Comisión de Docencia del hospital con especificación de los objetivos que se pretenden. En el caso de que sea en el extranjero, se tendrá que explicar los motivos de su realización.
- Solicitud del Residente
- Informe favorable de la Comisión de Docencia del hospital firmado por el jefe de estudios y por el gerente del centro comprometiéndose a seguir abonando la totalidad de las retribuciones, incluido las derivadas de la atención continuada en la rotación externa. Las guardias que se realicen fuera del Sistema Nacional de Salud no serán retribuidas. La percepción de una cantidad económica por gastos de viaje y por actividad extraordinaria queda a criterio de la Dirección Gerencia según disponibilidades
- Aceptación de la Comisión de Docencia del destino, firmada por el jefe de estudios.
- Una vez que se hayan reunido todos los informes necesarios, se traslada la solicitud al organismo Autónomo encargado de la Formación Especializada para que evalúe el expediente y para que finalmente se emita resolución autorizando o denegando dicha solicitud de rotación externa. No se deben realizar dichas rotaciones si no se dispone de la autorización correspondiente, antes del inicio de las mismas.

¿Dónde se ha de presentar la documentación?

La documentación se tiene que presentar a la secretaria de docencia del hospital.

Las rotaciones externas deben ser evaluadas, por lo que resulta necesario que el centro donde se haya realizado la rotación externa, emita el correspondiente informe de evaluación siguiendo los mismos parámetros que en las rotaciones internas. Es responsabilidad del residente el traslado de dicho informe a la secretaría de la Comisión de Docencia de origen para su evaluación en tiempo y forma.



CAPÍTULO 5

TAREAS DEL TUTOR CON EL RESIDENTE: ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

TAREAS DEL TUTOR CON EL RESIDENTE: ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

Dra. M^a Isabel González Anglada. Jefa de Estudios.

El tutor de residentes es el principal responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje. Tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente, con el fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad. Debe planificar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación y ser capaz de proponer medidas de mejora. Debe favorecer el autoaprendizaje, la asunción de responsabilidades progresivas y la capacidad investigadora del residente.

Para asegurarnos que el residente es competente es necesario en primer lugar poner como meta tanto del residente como del tutor y del resto de especialistas, cómo es el profesional que tiene que llegar a ser, detallando el **mapa de competencias**: conocimientos, habilidades clínicas, comunicación, análisis de la información, investigación, gestión, autoaprendizaje, ética y profesionalismo. Será necesario mantener contacto continuo y estructurado con el residente y con los otros especialistas tanto de su Unidad Docente como de las otras Unidades por las que rota para recibir información de su evolución.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Una entrevista es un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas en la que el entrevistador obtiene información del entrevistado de forma directa. La entrevista no se considera una conversación normal, si no una conversación formal, con una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos. Se denomina estructurada porque están planificadas previamente las preguntas mediante un guion preestablecido, secuenciado y dirigido para que no queden sin tratar ningún punto relevante.

La entrevista estructurada tutor-residente es el **principal instrumento para realizar el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación**. Permite valorar el progreso en el aprendizaje, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación, identificando las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas. La entrevista estructurada tutor-residente además favorece la autoevaluación y el autoaprendizaje del residente. Finalmente, las entrevistas estructuradas servirán para la evaluación formativa del residente.

Objetivos de la Entrevista estructurada

- Monitorizar la progresión en la formación del residente
- Revisar cumplimiento objetivos formativos en cada rotación
- Revisar la adquisición de cada una de las competencias profesionales no sólo conocimientos o técnicas durante la rotación.
- Reforzar logros aprendizaje
- Detectar problemas
- Corregir déficits
- Orientar
- Programar y pactar futuros objetivos
- Motivar

Pero además la entrevista estructurada sirve para

- Establecer clima emocional que permita la expresión del residente
- Implicar al residente en su aprendizaje y plan F
- Facilitar reflexión sobre sí mismo
- Permite expresar preocupaciones, expectativas, elegir y equivocarse.
- Hace crecer la relación tutor-residente
- Contagia profesionalismo

¿Cuántas, cuándo?

El número mínimo de entrevistas a realizar son **cuatro al año**, se **registrarán en la memoria del residente y del tutor**. Se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora.

Las entrevistas deben ser acordadas entre tutor y residente, fijando previamente unos objetivos concretos, deben facilitar un *feedback* adecuado al especialista en formación, un análisis tutor-residente de todo el proceso y finalmente el establecimiento de un pacto de mejora.

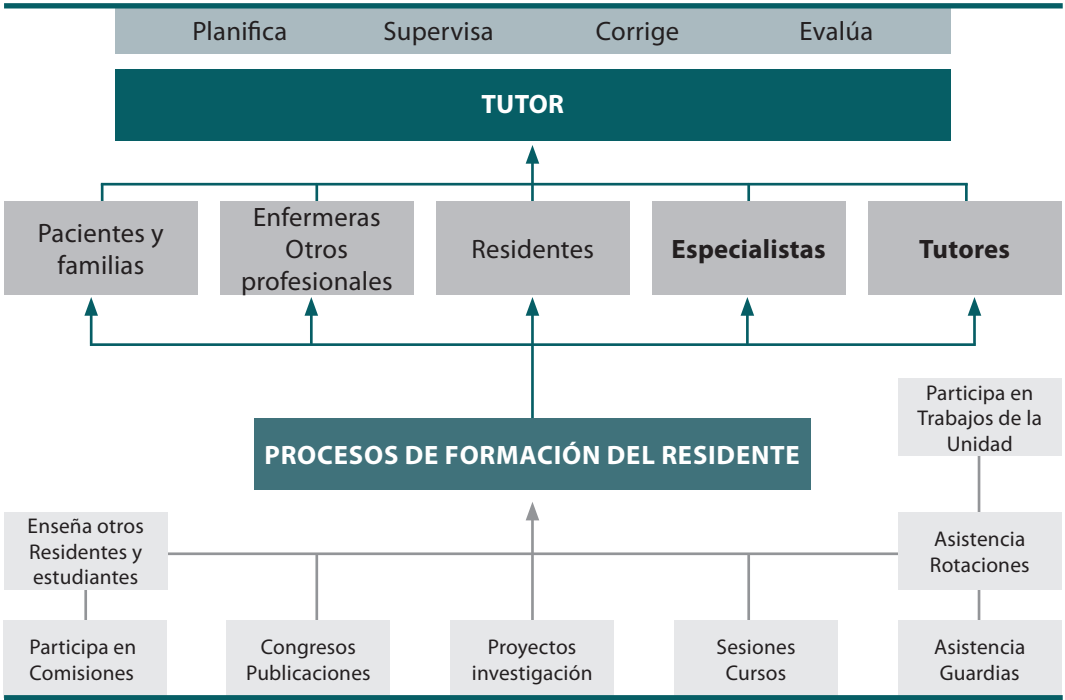
- Los temas que se abordan deben ser concretos y pactados previamente.
- El día y la hora también deben ser pactados, con reflexión previa.
- Primero hay que tratar los puntos positivos y después los puntos que se debe mejorar y las medidas correctoras, si es preciso.
- En primer lugar opina el alumno y, después, el tutor valida.
- Las conclusiones deben ser explícitas.

Guion de una entrevista estructurada por competencias

El objetivo de la entrevista estructurada es valorar los avances en la adquisición de competencias, detectar los déficits y posibilitar la incorporación de medidas de mejora al proceso, por ello para poderla llevar a cabo de forma eficaz es necesario:

Antes de la entrevista:

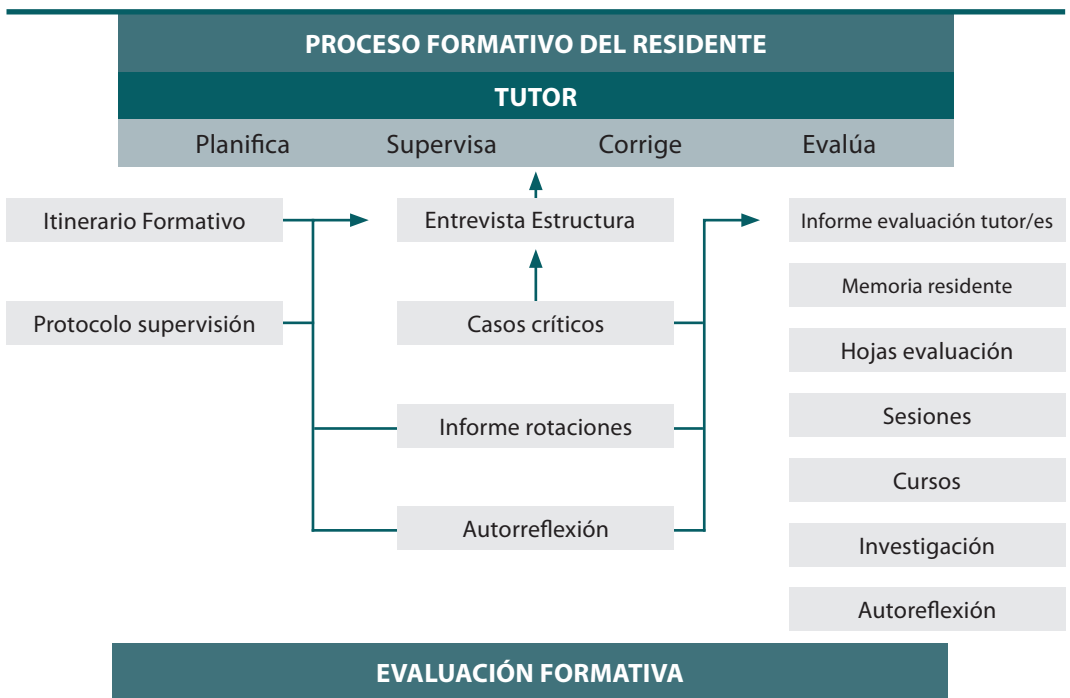
- **El tutor:**



- Ha proporcionado al residente el Itinerario formativo con los objetivos de cada una de las rotaciones. Los especialistas con los que rota el residente conocen los objetivos antes de empezar la rotación.
- Informa al residente del objetivo de la entrevista, proporciona el guión e indica la necesidad de escribir su autorreflexión identificando los logros y áreas de mejora y revisando todas las competencias: conocimientos, habilidades, comunicación, análisis de la información, investigación, gestión, autoaprendizaje y profesionalismo.
- Solicita información al especialista con el que ha rotado el residente sobre su evolución.
- **El residente** antes de la entrevista revisa el cumplimiento de estos objetivos, escribe en el documento de entrevista los logros y las áreas de mejora. Reflexiona sobre cada una de las competencias, sobre las tareas asistenciales realizadas durante la rotación (pacientes, diagnósticos, informes, guardias...), las sesiones y cursos, los trabajos de investigación, su papel como gestor, su participación en comités y su actividad docente con estudiantes y compañeros.

Durante la Entrevista

- El tutor y el residente se encontrarán en un espacio con privacidad suficiente para poder facilitar la comunicación. Se puede iniciar la entrevista con un comentario informal sobre la rotación: se pretende comenzar la entrevista creando un clima ade-



cuado, fomentando la confianza con el residente. Es un buen momento para que el residente haga una valoración global de su rotación, y surjan los posibles problemas que haya encontrado.

- **Valoración de los puntos fuertes de la rotación y competencias que considera alcanzadas:** el residente valorará los aspectos positivos y negativos de cada rotación, que serán contrastados con la valoración de los facultativos responsables de cada rotación. El tutor reforzará al residente por las competencias logradas y estimulará para conseguir las que son más débiles. Motivará al residente destacando sus puntos fuertes.
- **Valoración de los puntos débiles de la rotación y competencias que faltan por alcanzar:** Se analizarán los motivos por los que no se han cumplido algunos de los objetivos, atendiendo a la opinión del residente y de los especialistas. El tutor ayudará al residente a sacar a la luz problemas durante la rotación, problemas de adquisición de competencias, de aprendizaje, incluso problemas personales o de salud.
- **El tutor proporcionará *feedback*** al residente utilizando la información propia y la recibida de los otros especialistas. Con ello reforzará, corregirá y motivará al residente en su aprendizaje.
- **Propuesta consensuada de actuación,** será el residente quien dé sus propuestas de mejora, que se compararán con las ofrecidas por los responsables de cada área y las del tutor, llegando finalmente a un consenso con el compromiso de lograr en un plazo marcado y proponiendo una nueva reunión para evaluar nuevamente el cumplimiento de los objetivos.
 - **Revisar los pactos previos**
 - **Fijar los nuevos objetivos** a lograr hasta la siguiente entrevista.
 - **Elaboración del acta de la reunión,** en la que deben quedar reflejados los compromisos alcanzados con las firmas de ambos.

Después de la Entrevista

- Planificar las propuestas de mejora
- Reunión posterior del tutor con el especialista responsable para comunicarle el resultado de la entrevista (tanto si es positivo como negativo) y valorar posibles cambios.
- Fijar los nuevos objetivos y comunicarlos a los especialistas

Es importante revisar en cada punto las competencias:

- Conocimiento

- Habilidades clínicas
- Autoaprendizaje, docencia y manejo de la información.
- Habilidades de comunicación
- Análisis crítico e Investigación
- Salud pública y gestión de los recursos
- Valores profesionales, Actitudes y Bioética
- Trabajo en equipo

¿Qué hay que evitar en la entrevista?

- Distancia tutor-residente
- Improvisación
- Dar por supuesto
- Justificar sin conocer
- Juzgar intenciones o valores
- Aconsejar, darle soluciones hechas
- Imponer
- Complimentar el tutor todo el registro

La entrevista es útil para valorar la adquisición de competencias y servirá al tutor para elaborar su informe de evaluación anual y por tanto formará parte de la evaluación formativa del residente

Entrevista estructurada y algo más...

La entrevista presenta múltiples retos para el tutor y el residente, como son: favorecer el diálogo entre ambos, que debe demostrarse en una adaptación continua entre el residente y el tutor, procurar que haya empatía y un estímulo continuo para incentivar, impulsar e ilusionar. El diálogo entre el tutor y el residente debe ser fluido. Es la mejor manera de detectar los problemas existentes y ponerles solución

En resumen el aprendizaje de los especialistas sanitarios se produce fundamentalmente mediante la práctica supervisada junto a un tutor "experto" y con una asunción de responsabilidad y autonomía creciente. El tutor deberá promocionar información de calidad y pertinente al residente sobre la evolución de su aprendizaje, ayudándole en su desarrollo profesional.

GUIÓN DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Entrevista estructurada tutor-residente

Residente:

Tutor

Fecha Rotación:

Objetivos de la rotación:

1. Valoración del residente de los puntos fuertes de la rotación y competencias que considera alcanzadas.
2. Valoración del residente de los puntos débiles de la rotación y competencias que faltan por alcanzar.
3. Valoración por parte del facultativo responsable de la rotación de las competencias que considera alcanzadas por el residente y las que considera faltan por alcanzar.
4. Plan de mejora.
5. Revisión de pactos previos ¿se han llevado a término los planes de aprendizaje propuestos en entrevistas previas?
6. ¿Se han detectado problemas?

Fecha para la siguiente entrevista

Firma del tutor

Firma del residente:



CAPÍTULO 6

TAREAS DEL TUTOR CON EL RESIDENTE: EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

TAREAS DEL TUTOR CON EL RESIDENTE: EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

Dra. Patricia Sanmartín Fenollera. Especialista y tutora de Farmacia Hospitalaria.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece que los programas de formación de las especialidades en Ciencias de la Salud deberán especificar los **objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales** que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa formativo. Es por lo tanto necesario diseñar un sistema de evaluación que constate el alcance, por parte del especialista en formación, de dichos objetivos y competencias profesionales a lo largo de su período de formación.

La **evaluación tiene como objetivo mejorar** y facilitar el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes del residente y debe entenderse como un proceso continuado a lo largo de todo el período de formación.

La evaluación del residente es por tanto un proceso complejo que requiere el cumplimiento de unas condiciones previas:

- Disponer de un programa oficial donde se defina el perfil profesional, las competencias a adquirir y los estándares aceptables de actuación en la práctica, para definir que es lo que se quiere evaluar.
- Control sobre la aplicación del programa en cada Unidad Docente: es necesario un control sobre lo que se está enseñando desde un punto de vista práctico.
- Tutores acreditados y reacreditados con formación metodológica y una dedicación suficiente a la labor educativa.
- La evaluación es un proceso institucional que precisa de la participación de todos los profesionales y la supervisión de la labor de los tutores.
- La aceptabilidad por parte de los protagonistas implicados (discentes y docentes incluyendo la estructura docente).

- La practicabilidad o viabilidad, diseñar un sistema adecuado a los recursos disponibles, dentro de un programa de evaluación predefinido e integrado en el programa de formación.

La normativa que regula la evaluación de los residentes es el *Real Decreto 138/2008*, ocupándose de los aspectos pormenorizados de los instrumentos de evaluación a utilizar para constatar el alcance de los objetivos y competencias profesionales que el residente debe adquirir durante el período de formación. En dicha norma se establece que el responsable del proceso de evaluación del residente es el tutor: **el tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo tanto responsable de la evaluación formativa del especialista en formación.**

La relación tutor-residente constituye el eje central de la evaluación del especialista en formación.

COMPETENCIAS PROFESIONALES

La *Ley Orgánica 5/2002*, de 19 de junio, de las cualificaciones y la formación profesional define la **competencia profesional** como el conjunto de conocimientos y capacidades que permitan el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo.

Otra definición es la que se recoge en la norma UNE 66173 (Los recursos humanos en un sistema de gestión de la calidad. Gestión de las competencias) que entiende por competencia el conjunto de “atributos personales y (la) aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades”. Se señala de modo expreso que es sinónimo de la “capacidad de resolver problemas en un determinado contexto”.

La competencia pertenece, pues, al área del saber hacer.

En el ámbito de la medicina, en el modelo del Instituto Internacional de Educación Médica de Nueva York (2002), se definen siete grandes dominios competenciales:

- Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética.
- Habilidades clínicas
- Fundamentos científicos de la medicina.
- Comunicación
- Salud Pública, Sistemas sanitarios

- Manejo de la información
- Análisis crítico e investigación

MARCO LEGISLATIVO: REAL DECRETO 183/2008

El *Real Decreto 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 regula aspectos básicos y fundamentales en el sistema de formación sanitaria especializada como los referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia o a los aspectos pormenorizados de los procedimientos de evaluación, abordando una regulación común para todo el sistema de las evaluaciones del residente mediante instrumentos que permitan constatar el cumplimiento de los objetivos cuantitativos y cualitativos y las competencias profesionales que debe adquirir el aspirante al título de especialista según las previsiones del correspondiente programa formativo, e introduciendo en dicho proceso la posibilidad de revisión de las evaluaciones.

Procedimientos para la evaluación del especialista en formación

En su capítulo VI, artículo 16. Tipos de evaluación el *Real Decreto* establece que 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.

Establece por tanto **dos tipos de evaluación: formativa y sumativa** (anual y final).

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.

Su finalidad es por tanto, detectar deficiencias durante el proceso de aprendizaje, haciendo reflexionar al residente y permitiendo realizar modificaciones en el proceso de formación.

Asimismo establece que son, entre otros, **instrumentos de la evaluación formativa:**

- **Entrevistas periódicas** de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado,

que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente y en los **informes de evaluación formativa**.

- Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.
- El **libro del residente** como soporte operativo de la evaluación formativa del residente.

El tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará informes normalizados basados en los instrumentos anteriormente mencionados. Dichos informes se incorporarán al expediente personal de cada especialista en formación.

La **evaluación sumativa** tiene como objetivo sancionar o certificar un nivel adquirido.

La **evaluación sumativa anual** podrá ser positiva o negativa, y en este último caso recuperable o no. El instrumento básico para esta evaluación es el informe anual del tutor que contendrá:

- Informes de evaluación formativa, recogidos en las hojas habituales de evaluación del Ministerio de Sanidad. Son cumplimentadas en cada rotación por el especialista con el que ha rotado el residente, el tutor y el responsable de la Unidad (anexo 1)
- Informes de rotaciones externas.
- Informes que soliciten de los Jefes de distintas unidades asistenciales.

La **evaluación anual** recoge todas las evaluaciones de las rotaciones y del resto de actividades realizadas por el residente (anexo 2). Se llevara a cabo por el correspondiente Comité de Evaluación.

Se establece un procedimiento para la revisión de la calificación por parte de la Comisión de Docencia, si el residente así lo solicita.

La **evaluación sumativa final** tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el período de residencia le permite acceder al título de especialista. Podrá ser positiva, positiva destacado o negativa, estableciéndose un procedimiento para la revisión de dicha calificación final por parte de la comisión nacional de la correspondiente especialidad previa solicitud del residente.

Instrumentos de evaluación

El *Real Decreto 183/2008* establece como instrumentos de evaluación del residente:

- **Entrevistas periódicas** de tutor y residente.
- **El libro del residente.**
- **Otros instrumentos** que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente.

A continuación se desarrollan los distintos instrumentos empleados para dicha evaluación, los dos primeros aparecen definidos en el *Real Decreto 138/2008*:

Entrevistas periódicas

Las entrevistas periódicas de tutor y residente, tendrán carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente.

¿Cuántas?

Número/año formativo: mínimo 4

¿Cuándo?

Se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora.

El libro del residente

Según establece el *Real Decreto 183/2008*, el libro del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo.

Características del libro del residente:

- Su carácter obligatorio.
- Ser el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.
- Registrar las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas.
- Ser un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y con-

junta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.

- Ser un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.

El libro es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor. Los datos que contenga estarán sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional.

La comisión nacional de la correspondiente especialidad diseñará la estructura básica del libro del residente, que será aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, correspondiendo a la comisión de docencia garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de formación) a la guía o itinerario formativo aprobado por ella a propuesta de los tutores de cada especialidad.

Otros instrumentos

Dado que la evaluación de un profesional comprende varias áreas que incluyen distintas competencias en su actuación; la técnica (habilidades clínicas), la intelectual (conocimiento básico), la emocional (actitudes), la creativa y analítica (razonamiento), la personal (valores, profesionalidad), existen herramientas de evaluación validadas para cada una de dichas áreas. Estos instrumentos implican un esfuerzo por parte del tutor, el residente y un coste en ocasiones elevado, por lo que su factibilidad es muy variable.

- Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética: evaluación 360º (evaluación por personal sanitario y equipo de trabajo), opinión de pacientes, ECOE.
- Habilidades clínicas: pacientes estandarizados, simulaciones, ECOE, evaluación clínica por observación directa de la práctica clínica (OEPC o MiniCEX), cuestionarios, casos, registros clínicos, auditorías, revisión por pares, indicadores de calidad, portafolios.
- Fundamentos científicos de la medicina: pruebas de conocimiento, PEM, preguntas de elección pareadas, casos estructurados, simulaciones y modelos.
- Comunicación: opiniones de pacientes, evaluación 360º, pacientes estandarizados, ECOE.
- Salud pública, sistemas sanitarios (promoción de la salud, gestión de recursos): 360º, cuestionarios, opinión de pacientes.
- Manejo de la información: simulaciones por ordenador, casos.
- Análisis crítico e investigación, autoaprendizaje: portafolios, casos estandarizados.

Los instrumentos de evaluación, no son excluyentes, son complementarios. Seguidamente procedemos a la descripción de algunos de ellos:

Evaluación de 360°: evaluación que realizan diferentes personas que tienen relación directa con el residente (superiores, iguales, subordinados o bien pacientes y sus familiares).

Listas de comprobación (check-list): realizada por el tutor y colaboradores docentes responsables de una estancia formativa o rotación concreta. Debería contener las competencias concretas a adquirir en ese período formativo.

Rubrica o Matriz de valoración: La rúbrica es un instrumento de medición en el cual se establecen criterios y estándares por niveles, mediante la disposición de escalas, que permiten determinar la calidad de la ejecución de los estudiantes en unas tareas específicas. Es instrumento metodológico que permite evaluar la adquisición de competencias.

MiniCEX (Mini Clinical Examination) u OEPC (Observación Estructurada de la Práctica Clínica): es un sistema de evaluación de competencias clínicas desarrollado en un entorno real.

Se basa en casos clínicos con pacientes reales, por lo que puede ser cambiante la tipología, la complejidad y el entorno en el que se produce.

En todo caso se debe utilizar una ficha estructurada de evaluación de la actividad clínica. En dicho formulario debe constar no sólo el nivel alcanzado respecto a las expectativas previas, sino en qué áreas: anamnesis, exploración clínica, profesionalismo, juicio clínico, habilidades comunicativas, organización, eficiencia en la utilización de recursos, etc. De esta forma, la valoración global del mini-CEX permite evaluar, en su caso, satisfactoriamente la capacidad para el acto médico, la emisión de un juicio clínico o la capacidad de síntesis y de resolución de problemas estableciendo un plan de manejo con criterios profesionales y de eficiencia.

ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada) : es un sistema de evaluación de competencias clínicas desarrollado en un entorno semejante al real. Es compleja y muy costosa

Combina la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes que sean específicamente evaluables por métodos objetivos, en un entorno semejante al real. Al menos en teoría, implica una capacitación para hacer algo.

Es de preparación compleja. Se trata de 'poner a punto' situaciones clínicas simuladas, diseñadas objetivamente en tiempo y espacio, con varias áreas competenciales

equilibradas en el conjunto de la prueba (anamnesis, exploración, juicio clínico, conocimientos puros, comunicación, etc.), y con unos criterios de evaluación objetivos y predeterminados. Es imprescindible determinar los componentes competenciales básicos y los optativos, priorizar las situaciones clínicas que se van a utilizar en función de datos objetivos (prevalencia de los problemas clínicos, gravedad de éstos, necesidad de actuaciones inexcusables, etc.), determinar el contexto en el que tiene lugar (edad y género del enfermo, lugar de la atención prestada...), así como prefijar los instrumentos de los que se va a servir la prueba ECOE en cada estación o situación concebida como si fuera real (paciente estandarizado, maniquí, examen oral estructurado, exploraciones complementarias facilitadas, preguntas de respuesta corta).

Portafolio: recopilación de información y documentación en la que es posible encontrar evidencias que reflejan si un proceso de aprendizaje ha sido realizado y se han alcanzado los objetivos docentes previstos. Es un inventario razonado de actividades clínicas desarrolladas. Es muy útil y poco costoso.

Se trata de un instrumento de evaluación formativa que incluye el análisis y la reflexión sobre la actuación realizada y que se estructura mediante **tareas e informes de reflexión**.

Informes de reflexión: el residente reflexiona sobre el proceso de aprendizaje de la competencia priorizada. Debe incluir:

- Identificación de aspectos satisfactorios.
- Identificación de áreas de mejora (objetivos de aprendizaje).
- Propuestas de mejora para conseguir los objetivos de aprendizaje (plan de mejora).

Tarea es cada una de las pruebas que el residente debe realizar para su auto-evaluación o evaluación externa y en la que se podrán encontrar evidencias del aprendizaje realizado. Ejemplos de tareas:

- Revisión de registros clínicos (historias clínicas, informes de interconsulta, informes clínicos, estudios de casos, en relación a conocimientos biomédicos o psicosociales, obtención de datos pertinentes (anamnesis o exploración), diagnóstico diferencial y manejo diagnóstico, manejo terapéutico.
- Evaluaciones externas y auto-auditorías (análisis de registros clínicos): es la comparación de la práctica real con una previamente definida como deseable.
- Audio y videograbaciones: es la técnica más aceptada para evaluar elementos como la comunicación entre residente-paciente.

- Incidente crítico: se define como una situación que nos crea dudas, nos causa sorpresa, nos ha trastornado la práctica clínica, nos ha molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados. El residente debe transformar el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada. Es un excelente instrumento de evaluación por lo que aporta de flexibilidad, creatividad y autoreflexión.
- Diario de reflexión (reflexiones sobre emociones y sentimientos).
- Sesiones clínicas
- Evaluaciones externas (pacientes, compañeros...)
- Publicaciones
- Informes de proyectos de investigación
- Resultados de exámenes
- Premios
- Otros datos curriculares

El portafolio puede tener un formato libre, semiestructurado o estructurado. Su coste es menor que el de los otros instrumentos de evaluación y es el que con más frecuencia se utiliza.

En resumen disponemos de herramientas de evaluación obligatorias como el libro del residente, las hojas de evaluación del Ministerio y las entrevistas estructuradas y otras opcionales como el portafolio, cuestionarios, mini-CEX etc, pero todas ellas **buscan valorar, de forma continuada, el progreso en el aprendizaje del residente, mejorar y facilitar el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes del residente y poder valorar la adquisición de las competencias en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación correspondiente.**

ANEXO 1

CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL RESIDENTE

A. Conocimientos y habilidades

1. Nivel de conocimientos teóricos adquiridos

Muy escasos, sus pocos conocimientos le impiden efectuar razonamientos clínico-prácticos válidos; no parece comprender mucho lo que estudia o lee. O bien en apariencia no suele estudiar o leer	0
Limitados pero suficientes para desempeñar su actividad profesional	1
Adecuados que le permiten una buena práctica profesional	2
Excelentes, es brillante	3

2. Nivel de habilidades adquiridas

No parece capaz de aprender muchas destrezas de la especialidad	0
Se adiestra con alguna dificultad, lentamente, pero lo consigue	1
Se adiestra a buen ritmo, de acuerdo con los objetivos señalados en su programa de formación	2
Excelente ritmo y calidad de los adiestramientos	3

3. Habilidad en el enfoque diagnóstico o de los problemas

No muestra ningún criterio razonable a la hora de realizar el enfoque diagnóstico o de los problemas	0
Refiere criterios razonables, ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones elige el criterio adecuado	1
Ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones casi siempre elige la correcta, con unos criterios total y adecuadamente razonados	2
Siempre elige la hipótesis más razonable en términos prácticos, completamente adecuada a la realidad. Capaz de considerar hipótesis sofisticadas pero razonables. Capacidad de enfoque diagnóstico excelente.	3

4. Capacidad para tomar decisiones

Toma decisiones precipitadas que conducen a un error, o no toma decisiones nunca, siempre espera que alguien las asuma	0
No suele asumir decisiones de cierto riesgo, aunque sus conocimientos se lo permitan	1
Adopta decisiones adecuadas a su nivel de conocimientos y suelen ser correctas	2
Toma decisiones con rapidez y la mejor para su nivel de conocimientos. Conoce sus limitaciones y evita decisiones que sabe que le sobrepasa. Decisiones en ocasiones intuitivas pero exitosas	3

5. Utilización de los recursos

Realiza gran número de exploraciones o tratamientos sin justificación	0
El proceso de utilización de recursos es ligeramente desajustado. A veces sugiere exploraciones o tratamientos de baja utilidad para el caso	1
Planea el empleo de recursos de forma habitualmente correcta	2
Piensa siempre en términos de eficiencia: la exploración o tratamiento decisivos entre los menos arriesgados y menos caros	3

B. Actitudes

1. Motivación

- a) Muestra interés por el paciente y el entorno.
- b) Estudia los casos clínicos actualizando los conocimientos científicos
- c) Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados la evolución de los enfermos (intentando obtener el máximo rendimiento)

No cumple ninguno de los apartados	0
Cumple el criterio a)	1
Cumple el criterio a y b	2
Cumple los tres criterios	3

2. Dedicación

El tiempo de dedicación a las actividades del servicio es escaso	0
Dedica el tiempo justo a las actividades del servicio, pero le permite alcanzar los objetivos docentes	1
Su dedicación a las labores del servicio es la adecuada, permitiéndole alcanzar los objetivos docentes de forma destacada	2
No sólo tiene una dedicación excepcional, sino que profundiza en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del servicio.	3

3. Iniciativa

Realiza las actividades específicas de la rotación siempre a demanda del tutor	0
Realiza las actividades de la rotación habitualmente por propia iniciativa sin necesidad de requerírselo	1
Propone con frecuencia al tutor actividades clínicas, docentes y de investigación sin ser requerido para ello	2
Propone y dinamiza la puesta en marcha de actividades asistenciales, docentes y de investigación al resto del equipo.	3

4. Puntualidad/asistencia: cumple el horario normal de trabajo

Nunca o casi nunca	0
Habitualmente	1
Siempre	2
Dedicación horaria por encima de su jornada laboral	3

5. Nivel de responsabilidad

No asume ninguna responsabilidad	0
Escaso nivel de responsabilidad	1
Adecuado nivel de responsabilidad	2
Alto nivel de responsabilidad	3

6. Relaciones paciente/familia

Mantiene una actitud distante, indiferente que genera a veces conflictos innecesarios, suele ser persona no grata a familiares y pacientes	0
Habitualmente tiene una actitud algo distante e indiferente, sin propiciar relaciones más fluidas, pero no suele ocasionar conflictos innecesarios	1
Las relaciones son correctas, por lo general las relaciones son fluidas	2
El residente conecta perfectamente con las familias y los pacientes, es tolerante, toma interés por sus problemas personales y sociales, y dedica tiempo extra a discutir aspectos médicos y otras preocupaciones en el entorno familia/paciente	3

7. Relaciones con el equipo de trabajo

Muestra una total indiferencia ante los problemas y/o decisiones del equipo	0
Ocasionalmente es poco tolerante o muestra una cierta indiferencia ante determinados problemas y/o decisiones del equipo. Participa pasivamente en las actividades mostrando poco interés.	1
Relaciones adecuadas. Toma interés ante los problemas y/o decisiones del equipo. Participa en las actividades del equipo con interés.	2
Relaciones amigables. Toma interés y participa activamente en los problemas, actividades, toma de decisiones e iniciativas que implican al equipo. Totalmente integrado.	3

Comentarios

.....

.....

.....

Evaluación rotación

Apellidos y Nombre		
Nacionalidad	DNI/pasaporte	
Centro Fundación Hospital Alcorcón (Madrid)		
Titulación	Especialidad	Año de residencia
Tutor		

ROTACIÓN

Contenido	Duración: de a
Unidad	Centro Fundación Hospital Alcorcón–Madrid
Jefe de la Unidad asistencial	

Evaluación continuada

A.- Conocimientos y actividades	Calificación (1)
Nivel de conocimientos teóricos	
Nivel de habilidades adquiridas	
Habilidad en el enfoque del diagnóstico	
Capacidad para tomar decisiones	
Utilización racional de recursos	

Media (a)

B.- Actitudes	Calificación (1)
Motivación	
Dedicación	
Iniciativa	
Puntualidad asistencia	
Nivel de responsabilidad	
Relaciones paciente/familia	
Relaciones equipos de trabajo	

Media (b)

.....

Calificación evaluación continuada (70 % A + 30% b)

Calificación (1)	Causa E. Neg.(3)

Calificación del libro del especialista en formación

Calificación (1)	Causa E. Neg.(3)

.....

En a de de

Visto bueno: El jefe de la Unidad El Tutor

Fdº: Fdº:

ANEXO 2

HOJA DE EVALUACIÓN ANUAL DEL RESIDENTE - EJERCICIO LECTIVO

Apellidos y Nombre		
Nacionalidad		
Centro Fundación Hospital Alcorcón (Madrid)		
Titulación	Especialidad	Año residencia

Permanencia en el centro

Vacaciones reglamentarias
Periodos de baja

Rotaciones

Contenido	Unidad	Centro	Duración	Calificación (1)	Causa E. Neg. (3)

Actividades complementarias

Contenido	Tipo de actividad	Duración	Calificación (2)	Causa E. Neg. (3)
Sesiones				
Cursos				
Investigación				
Otras				

Informes jefes asistenciales

Calificación (1)	Causa E. Neg.(3)

Calificación evaluación anual Media rotaciones+a.C.(Si procede)+inf.(Si procede)	
Causa de evaluación negativa	
Evaluación final (último año de residencia)	

En a de de

Sello de la institución

el jefe de estudios

ANEXO 3

INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

Nombre y apellidos		DNI/PASAPORTE
Centro docente		
Titulación	Especialidad	Año residencia
Tutor		

Rotación

Unidad	Centro
Colaborador docente	Duración
Objetivos de la rotación	Grado de cumplimiento

A.- Conocimientos y habilidades	Calificación
Conocimientos adquiridos	
Razonamiento/valoración del problema	
Capacidad para tomar decisiones	
Habilidades	
Uso racional de recursos	
Seguridad del paciente	

Media (a)

B.- Actitudes	Calificación
Motivación	
Puntualidad/asistencia	
Comunicación paciente/familia	
Trabajo en equipo	
Valores éticos y profesionales	
Media (b)	
Calificación global de la rotación (70 % A + 30% b)	
Observaciones/Áreas de mejora	

En a de de

El colaborador docente de la rotación Vº Bº. El responsable de la unidad de rotación

Fdº:..... Fdº:.....

Instrucciones cumplimentación informe de evaluación de la rotación

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360°, portafolio).

Conocimientos adquiridos

Demuestra que ha integrado conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad / proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento

Razonamiento/Valoración del problema

Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o situación asistencial válida.

Ejemplo, para las especialidades médicas: información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas.

Complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.

Capacidad para tomar decisiones

Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias.

Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.

Habilidades

Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.

Uso racional de recursos

Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Seguridad del paciente

Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.

Motivación

Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad.

Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).

Puntualidad/asistencia

Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.

Comunicación paciente/familia

Demuestra habilidades de relación interpersonales y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.

Trabajo en equipo

Se integra en las actividades del servicio/unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.

Valores éticos y profesionales

Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente.

Respeta los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeta la confidencialidad y el secreto profesional.

Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes.

Escala de calificación

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos de la rotación pero se acerca. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
5	Suficiente. Alcanza los objetivos de la rotación.
6-7	Bueno. Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	Muy bueno. Domina todos los objetivos de la rotación.
10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados.

INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

Nombre y apellidos		DNI/PASAPORTE	
Centro docente			
Titulación	Especialidad	Año residencia	
Tutor			

Vacaciones reglamentarias

Periodos de suspensión del contrato

Quando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, implicará la propuesta de una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE**.

A. Rotaciones (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad de Madrid)

Contenido	Unidad	Centro	Duración	Clasificación de la rotación	Ponderación
Calificación total de las rotaciones					

B. Actividades complementarias

Tipo	Nivel	Denominación/Referencia	Duración	Calificación (0,01 a 0,3)

C. Calificación anual del tutor

Comentarios

Calificación cuantitativa del tutor	
-------------------------------------	--

Calificación global de la rotación (65 % A + 10 % B + 25 % C)

Fecha y Firma del tutor

Instrucciones del 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 período anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

A. Rotaciones (65 %)

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN} = 11 \text{ MESES}$$

B. Sumatorio actividades complementarias (10 %) con los siguientes criterios de puntuación

Nivel	Publicaciones	Comunicación oral	Póster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02

Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

C. Calificación del tutor (25 %)

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben proponerse áreas de mejora.
3-4	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales pero se acerca. Deben proponerse áreas de mejora.
5	Suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
6-7	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
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 tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE** o, si el período de suspensión es **superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación**¹.

¹ Requiere informe de la Comisión de Docencia y Resolución favorable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

EVALUACIÓN ANUAL DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN

Nombre y apellidos		DNI/PASAPORTE	
Centro docente			
Titulación	Especialidad	Año residencia	
Tutor			
Calificación del informe anual del tutor (1-10)			
Calificación evaluación anual del comité (1-10)			
Causa de evaluación negativa (<5)			
Observaciones			
Lugar y fecha			
Sello de la institución		El presidente del Comité de Evaluación	
		Fdo.:	

Instrucciones evaluación anual Comité de Evaluación

El Comité de Evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor². Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro:

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa (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 se acerca.
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 de 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. Deberá especificarse la causa:

A. Negativa por insuficiente aprendizaje susceptible de recuperación

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 período de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el período de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del período de recuperación. La evaluación negativa del período de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación³ y su resultado fuera positivo.

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

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 período 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 período de recuperación se procederá a su evaluación⁴. El período de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el período de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 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 período de recuperación, que no podrá ser superior al período de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del período 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 evaluación¹ y su resultado fuera positivo.

C: Negativa, no susceptible de recuperación

- POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE/NOTORIA FALTA DE APROVECHAMIENTO
- POR REITERADAS FALTAS DE ASISTENCIA NO JUSTIFICADAS

El Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación¹ 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.

² No se aplicará cuando se haya producido durante el período anual una IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales), que da lugar a una EVALUACIÓN NEGATIVA RECUPERABLE (ver apartado B).

³ Artículo 24 del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero.

⁴ Para evaluación anual tras haber superado el período de prórroga se utilizarán los documentos "Informe de evaluación anual del Tutor".

INFORME DE EVALUACIÓN DEL TUTOR SOBRE PERÍODO DE RECUPERACIÓN

(Aplicable en caso de Evaluación Negativa Recuperable por insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación o por imposibilidad de prestación de servicios, que no requiera la repetición de curso)

Nombre y apellidos		DNI/PASAPORTE	
Centro docente			
Titulación	Especialidad	Año residencia	
Tutor			

A. Rotaciones

Contenido	Unidad	Centro	Duración	Clasificación de la rotación	Ponderación
Calificación total de las rotaciones					

B. Actividades complementarias, si se ha establecido por el comité de evaluación

Tipo	Nivel	Denominación/Referencia	Duración	Calificación (0,01 a 0,3)
Calificación total de las actividades complementarias				

C. Calificación del tutor del período de recuperación

Comentarios

Calificación cuantitativa del tutor

Calificación global anual del residente (70 % A + 10 % B + 20 % C, salvo que no se hayan establecido actividades complementarias como objetivos de recomendación: 75% A + 25% C)

Fecha y Firma del tutor

Instrucciones del 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 período anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

A. Rotaciones

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN PERÍODO DE RECUPERACIÓN (meses)}$$

B. Sumatorio actividades complementarias con los siguientes criterios de puntuación, si se han establecido por el Comité de Evaluación

Nivel	Publicaciones	Comunicación oral	Póster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02

Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02-0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

C. Calificación del tutor

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
<5	Insuficiente. No ha alcanzado los objetivos del período de recuperación. El residente no puede continuar su formación en la especialidad porque no cuenta con las competencias requeridas para progresar en su formación como especialista.
≥5	Suficiente. Ha alcanzado los objetivos del período de recuperación. El residente puede continuar con su formación. El Tutor puede proponer áreas de mejora/recomendaciones que deberán ser objeto de seguimiento el caso de que la evaluación del período de recuperación por el Comité de Evaluación sea positiva y ratifique las medidas propuestas.

Si la evaluación del período de recuperación es **POSITIVA** se procederá a realizar una calificación global del tutor del año formativo conforme a los siguientes criterios:

1. **Evaluación Negativa por Insuficiente aprendizaje**, la calificación global del tutor del año de residencia será de 5 (suficiente).
2. **Evaluación Negativa por Imposibilidad de prestación de servicios**, se cumplimentará un "Informe de Evaluación Anual del Tutor", con todas las rotaciones y actividades complementarias realizadas, incluyendo las del período de recuperación, lo que dará lugar a la calificación global del tutor del año de residencia.

EVALUACIÓN DEL PERÍODO DE RECUPERACIÓN Y EVALUACIÓN GLOBAL ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

(Aplicable en caso de Evaluación Negativa Recuperable por insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación o por imposibilidad de prestación de servicios, que no requiera la repetición de curso)

Nombre y apellidos	DNI/PASAPORTE
--------------------	---------------

Centro docente

Titulación	Especialidad	Año residencia
------------	--------------	----------------

Tutor

Calificación del tutor sobre período de recuperación (1-10)	
---	--

Calificación del período de recuperación por el Comité de Evaluación

Cuantitativa (1-10)	
---------------------	--

Cualitativa	
-------------	--

Calificación global del año de residencia por el comité de evaluación

(Sólo se cumplimentará en caso de evaluación positiva del periodo de recuperación)

Cuantitativa	
--------------	--

Cualitativa	
-------------	--

Lugar y fecha

Sello de la institución	El presidente del Comité de Evaluación
-------------------------	--

	Fdo.:
--	-------

Instrucciones evaluación del periodo de recuperación y evaluación global anual por el Comité de Evaluación

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro:

	Cualitativa (1-10)	Cualitativa
NEGATIVA	<5	Insuficiente. No ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente no puede continuar su formación en la especialidad porque no cuenta con las competencias requeridas para continuar progresando en su formación como especialista.
POSITIVA	≥5	Suficiente. Ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El Comité de Evaluación puede establecer áreas de mejora/recomendaciones que deberán ser objeto de seguimiento por el Tutor.

La calificación tendrá los siguientes efectos:

POSITIVA: cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del periodo de recuperación. Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual de 5. Requerirá que el Tutor presente un nuevo informe anual, incluyendo la calificación del periodo de recuperación y excluyendo del mismo las rotaciones o evaluaciones negativas que dieron lugar al mismo. El Comité de Evaluación realizará una nueva Evaluación anual en la misma línea.

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del periodo de recuperación, bien porque la Calificación Global Anual del Residente sea menor de 5. Supone que el residente no puede continuar con su formación y, por consecuencia se extingue el contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación del periodo de recuperación y su resultado fuera positivo.

Si el periodo de recuperación se evalúa de forma POSITIVA:

1. En caso de que la Evaluación Negativa haya sido por Insuficiente aprendizaje, la calificación global del año de residencia por el Comité de Evaluación será de 5 (suficiente).
2. Si la Evaluación Negativa fue por Imposibilidad de prestación de servicios, se valorará el "Informe de Evaluación Anual del Tutor", con todas las rotaciones y actividades complementarias realizadas, incluyendo las del periodo de recuperación, para calificar globalmente el año de residencia, conforme a las instrucciones de "Evaluación Anual Comité de Evaluación", que necesariamente será positiva.

	Cualitativa (5-10)	Cualitativa
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.

EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA COMITÉ DE EVALUACIÓN

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro:

Nombre y apellidos		DNI/PASAPORTE
Centro docente		
Titulación	Especialidad	Año residencia
Tutor		

Duración de la especialidad	Año de formación	Nota Anual	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1		
	R2		
3 años	R1		
	R2		
	R3		
4 años	R1		
	R2		
	R3		
	R4		
5 años	R1		
	R2		
	R3		
	R4		
	R5		

MEDIA PONDERADA DE LAS EVALUACIONES FINALES

Calificación evaluación final	
-------------------------------	--

Observaciones

Lugar y fecha

Sello de la institución	El presidente del Comité de Evaluación
	Fdo.:

Instrucciones evaluación final del período de residencia Comité de Evaluación

El Comité de evaluación decide la calificación final del residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo la progresiva de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente 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 puede 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.



CAPÍTULO 7

LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO O DE LAS COMPETENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. GUÍA BÁSICA

LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO O DE LAS COMPETENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. GUÍA BÁSICA

*Jesús Morán-Barrios. Jefe de Formación Especializada. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Vizcaya.
Presidente de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AREDA.*

RESUMEN

- El perfil profesional final se modula en función de lo qué evalúo y cómo lo evalúo.
- La evaluación es el motor del aprendizaje, la garantía de seguridad del paciente y, en definitiva, un acto moral.
- La clave es diseñar un proyecto educativo integral basado en competencias.
- Lo importante es dar sentido a las acciones formativas integrando el plan de evaluación como parte del proceso formativo
- Requiere obtener información cualitativa del desempeño, lo que implica un juicio profesional y un consenso de expertos.
- El desempeño se evalúa en situación real y no simulada. Los métodos se basan en la observación, la autoevaluación, la supervisión y la actividad asistencial, y deben promover la evaluación formativa y ser de fácil aplicación.
- No hay buenos o malos métodos, ya que cualquiera de ellos, usado con rigor, puede ser de utilidad.

SOBRE LAS FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS (FBC)

- Se trata de una estrategia dirigida a formar profesionales acorde a las necesidades de los sistemas socio-sanitarios. precisa acciones formativas con una visión holística, humanizadora y global en lo social y un aprendizaje y evaluación a través de situaciones o tareas profesionales concretas.

- La FBC requiere del evaluado, reflexión, autoevaluación y un compromiso explícito con su propio proceso formativo.
- La FBC requiere del proceso de aprendizaje, documentar resultados, flexibilizar el programa (individualizado), una retroalimentación frecuente y de alta calidad y un liderazgo desde las jefaturas de las unidades docentes (servicios asistenciales) ya que ello fomenta el compromiso y participación de todos los profesionales del equipo.

SOBRE EL DESEMPEÑO (4º NIVEL DE LA PIRÁMIDE DE MILLER)

- *Competence* (competencia) y *performance* (desempeño) son constructos diferentes. *Competence* (tener competencia), significa posesión de recursos internos y *performance* (ser competente), mostrar esos recursos en situación real para resolver problemas o tareas integrando el saber (conocimientos), el saber hacer (habilidades y destrezas), el saber estar (actitudes y comportamientos) y el saber ser (ética y valores). Una persona puede tener muchas competencias y no ser capaz de combinarlas y movilizarlas adecuadamente en un contexto laboral concreto.
- Una definición de competencia: *“ser competente equivale a un modo de saber actuar de manera pertinente en situaciones y contextos en los que las personas se enfrentan a problemas con un claro criterio de calidad, para lo cual se articulan y movilizan recursos internos (conocimientos, habilidades, destrezas, valores, experiencias de contexto, de personas, de redes, etc.), estando en condiciones de dar razón de sus decisiones y actuaciones y de responsabilizarse de los efectos morales e impacto social de las mismas”* (Troncoso y Hawes en P. Ruiz de Gauna y cols. 2015).
- Competencia y acción. *“La verdadera competencia será aquella que pueda evidenciarse mediante el resultado de acciones en contextos laborales (competencia igual a acción), dado que los recursos internos son invisibles. Así entendido, la evaluación y la formación constituyen un binomio indisoluble”* (P. Ruiz de Gauna).

SOBRE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

- **Objetivo de la evaluación:** proporcionar a la sociedad un profesional fiable, que garantiza la seguridad del paciente y trabaja acorde a los principios éticos de las profesiones sanitarias.
- **Cambio de mirada:** de la mirada académica (notas, calificaciones) a mirar al paciente y/o ciudadano (seguridad), con el fin de que estos sigan confiando en nuestros profesionales y en el sistema sanitario y en que este mantenga la calidad reconocida internacionalmente.

- **Seis palabras inseparables:** formación, evaluación, seguridad, ética, calidad y confianza.
- **Concepto:** evaluar es un proceso que genera información a través de la valoración de las cualidades del profesional en formación, mediante criterios o parámetros estandarizados y esta información se utiliza para formar juicios, tomar decisiones y, además, comprender el proceso formativo.
- **No hay objetividad plena:** la información de diferentes fuentes y situaciones laborales y una toma de decisiones por consenso de expertos minimiza la subjetividad.
- **Proceso evaluador:** implica una estrategia planificada desde antes de iniciarse la formación. Precisa documentar evidencias sobre el desempeño para identificar competencias desarrolladas y las que requieren ser fortalecidas.
- **Inicio de la evaluación:** el primer día de la formación con el diagnóstico de partida del residente, lo que permite planificar su proceso formativo.
- **Evaluación formativa y *feedback*:** comparar al residente A con A y no al A con el B. Se trata de evaluar “para” el aprendizaje, siendo clave el *feedback* y no “el” aprendizaje.
- **Motor del aprendizaje:** la evaluación es el eje de la estrategia formativa, siendo el paso previo la definición del perfil del profesional a formar (visión docente) basando todo el proceso y métodos de evaluación evaluador en dicho perfil⁽¹³⁾.
- **Profesionales no estudiantes:** los residentes han de ser conscientes que son profesionales contratados, y tratados como tal, con responsabilidades laborales y sociales.

SOBRE LA ESTRATEGIA

- Evaluar no consiste en aplicar un método determinado por su valor psicométrico o un ejercicio de cálculos numéricos ni de ponderaciones de unas competencias sobre otras ya que todas tienen la misma importancia para el ejercicio de la profesión. ¿Están los conocimientos y habilidades por encima de la ética o el trabajo en equipo?
- En la práctica, lo importante de los métodos es la información que *proporcionan, su impacto educativo y la modificación del desempeño*. “Cualquier método, incluso los que están menos estructurados y estandarizados, puede ser de utilidad dependiendo de su uso, ya que no hay buenos o malos métodos, esto es relativo, pues la evaluación implica diseñar un plan, establecer el proyecto educativo y analizar los recursos para su implementación” (C. Van Der Vleuten).

- En la toma de decisiones finales es clave el consenso de expertos con la mejor información disponible. *“No hay que temer basarse más a menudo en datos cualitativos y de juicio profesional, ya que la calidad global de las evaluaciones depende mucho más de un programa integral de evaluación que de instrumentos individuales”* (C. Brailowsky).
- Nunca hay una situación igual a otra, por tanto, al residente hay que evaluarle en diferentes situaciones reales y no simuladas, salvo por elementales principios éticos. Desde las diferentes prácticas asistenciales a aspectos de gestión, actividades preventivas, de investigación y docentes, cooperación en equipos, comisiones, atención a la familia y la comunidad, etc.
- En definitiva, para obtener una visión lo más cercana a la realidad del desempeño del residente se precisa combinar diferentes métodos en diferentes situaciones, siendo mejor obtener varias fotos borrosas que una solo foto nítida.

SOBRE LOS MÉTODOS

Los métodos los podemos clasificar desde el punto de vista temporal en: durante y después del trabajo. En el capítulo bibliografía, hay una detallada descripción de los mismos, cómo aplicarlos, así como diferentes ejemplos. Resumidamente son:

Evaluación durante el trabajo (workplace-based assessment)

Basada en la observación directa en el puesto de trabajo y en el *feedback* inmediato posterior. Los instrumentos empleados son formularios (listas de cotejo o de escala) con descriptores precisos de las competencias a evaluar para minimizar la subjetividad.

- **Evaluaciones por un único observador:** Los más difundidos en el mundo anglosajón son:
 - Discusión basada en un caso clínico: Case-based discusión o CbD
 - Para actos clínicos concretos: MiniCEX, Mini-ejercicio de evaluación clínica
 - Evaluación de situaciones agudas: ACAT, Acute care assessment tools
 - Destrezas técnicas: DOPS, Directly observed procedural skills
 - Para actos quirúrgicos: PBA- Procedures-based assessment
- **Evaluación por múltiples observadores:** Evaluación de 360° (MSF, Multiple-source *feedback* o retroalimentación multifuente)

- Evaluación por profesionales sanitarios y no sanitarios del entorno laboral
- Evaluación por pacientes y familiares

Evaluación después del trabajo (Work-Based Assessment)

Se trata de una evaluación retrospectiva del trabajo realizado mediante autoevaluación, reflexión, supervisión y análisis de datos de actividad. Métodos:

- Basados en la reflexión personal
 - Autoevaluaciones
 - Incidentes críticos
 - Información biográfica
 - Balance de competencias
- Basados en la supervisión
 - Valoración global de competencias
 - Entrevistas con el tutor
 - Informes periódicos de los tutores
- Basados en la actividad clínica
 - Registros de práctica clínica
 - Datos de gestión sanitaria.
 - Auditorías: Externas, internas
- Portafolios

SOBRE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Métodos durante el trabajo

- **Impacto educativo y utilización como evaluación sumativa:** Los métodos tipo MiniCEX tienen impacto educativo positivo pero son de dudosa utilización como evaluación sumativa, ya que muchos factores no controlables hacen que los casos evaluados, aún dentro de la misma especialidad, no sean comparables entre centros (diferente complejidad de los pacientes, diferentes tipos de organización y gestión de los centros).
- **Situación forzada y oportunista:** El residente y el evaluador deben interrumpir su

actividad clínica normal y pedir permiso al paciente. Esto fuerza la situación y hace que ninguno de los “actores” tengan un comportamiento normal. El residente sabe que se le está evaluando.

- **Dificultad del caso:** La diferente dificultad de los casos puede ser fuente de error si se está evaluando y comparando a residentes del mismo nivel de experiencia.
- **Sesgo de actuaciones previas.** La evaluación es solo atribuible a un caso o tarea específica y este desempeño no predice el siguiente, de aquí la necesidad de realizar varias observaciones al año (entre seis y dieciséis según autores). Esto puede limitar la viabilidad pues cada encuentro implica al menos 30 minutos.
- **Validez y fiabilidad:** La validez para el MiniCEX es alta. En la fiabilidad lo que más influye es el nº de observaciones y de evaluadores. Respecto a la fiabilidad es preciso tener en cuenta:
 - **La experiencia clínica de los evaluadores:** Es la mayor fuente de errores. Evaluadores muy experimentados tienen opiniones diferentes sobre la actuación en un mismo caso, pudiendo valorar la menor o mayor dificultad de los casos en función de esa experiencia.
 - **La especificidad de caso:** Las observaciones aisladas no predicen la siguiente ni representan el conjunto de la actuación del residente.
 - **Aspectos a evaluar:** Es importante desglosar la tarea a evaluar en diferentes dimensiones (competencias), generalmente entre 5 y 10 es suficiente, unido a una buena descripción de las mismas. Un error es transformar en encuentro clínico en un interrogatorio sobre conceptos de la patología.
 - **Equivalencia entre unos y otros evaluados:** A veces no está claro si la diferencia de resultados entre los residentes puede deberse a su diferente nivel de competencia, a la dificultad de los casos, o a los diferentes criterios de los evaluadores, ya que, ni todos los evaluadores tienen el mismo rigor o formación docente, ni todos los casos la misma complejidad. Esto es un serio problema cuando el fin es sumativo.
 - **La Influencia de la relación personal con el evaluador puede ser fuente de sesgos negativos o positivos:** Por ello es preciso observaciones por diferentes personas.
- **Dudosa viabilidad:** Aplicar los métodos de un solo observador (MiniCEX o similar) en contextos laborales complejos como el hospitalario es una de las mayores dificultades. Quizás la Atención Primaria pueda ser diferente. Limitaciones: disponibilidad de facultativos formados en evaluación y *feedback*, la falta de tiempo, la escasa calidad de la retroalimentación o la gestión de múltiple documentación. Si se quiere implantar los métodos tipo MiniCEX o similares es preciso analizar bien su viabilidad en base a los argumentos expuestos.

- **Evaluación 360°:** Clara ventaja ya que el juicio se emite sobre la actuación en diferentes situaciones clínicas, lo que reduce la especificidad de caso y por diferentes evaluadores, lo que minimiza la subjetividad. Rellenar el formulario no supone más de cinco minutos.

Métodos después del trabajo

- **Reflexión personal:** Desarrolla el entendimiento de uno mismo y permite adoptar acciones de mejora.
- **Valoraciones globales de rotaciones o contextos concretos** (idealmente por varios evaluadores). Método barato, flexible y eficiente (solo unos minutos en su cumplimentación), siendo una ventaja sobre la observación directa puntual.
- **Entrevistas, informes periódicos y finales:** Requieren tiempo, pero son absolutamente esenciales pues tanto evaluador como evaluado reflexionan sobre el proceso de aprendizaje, se establecen compromisos y planes de mejora.
- **Análisis de los procesos y resultados de la actividad laboral:** Tienen la ventaja que permiten valorar si se ha completado un volumen suficiente de actividad y si la misma es de calidad. Limitaciones: la variabilidad de la práctica clínica, la cronicidad de las enfermedades, la complejidad de los casos clínicos, las comorbilidades y la dificultad de atribuir un resultado a un profesional en exclusiva, ya que los pacientes son atendidos por equipos. La colaboración del paciente, su situación social y familiar, el cumplimiento terapéutico, o sus hábitos de vida, etc., hace que los resultados no sean atribuibles exclusivamente a la intervención del profesional. Los registros clínicos pueden no reflejar lo que realmente se hizo en la práctica. Su evaluación es laboriosa y costosa.

SOBRE LOS ERRORES MÁS FRECUENTES EN LA EVALUACIÓN

- **Ligados al formulario:** Mal diseño, criterios poco claros y escala poco discriminativa.
- **Ligados al evaluado.** Primera impresión: propensión a hacer un juicio inicial sobre una persona, favorable o desfavorable y después ignorar o distorsionar la información posterior con el fin de confirmar la primera impresión. Efecto halo o deslumbramiento: predisposición a dejarse impresionar por el primer impacto de la baja o alta evaluación de un individuo en una característica o aspecto parcial de su desempeño, de modo que se extiende este juicio a la generalidad de su conducta. Proximidad (comportamiento reciente): si algún acontecimiento reciente, ya sea positivo o negativo, afecta a la evaluación, olvidando el desempeño general a lo largo del período evaluado.

- **Ligados al evaluador:** Prejuicios (sexo, cultura). Benevolencia o severidad. Tendencia central: evaluar la mayor parte de los aspectos de la persona en el punto neutro de la escala de medición (no hay compromiso). Contraste: tendencia a evaluar a una persona por comparación con otra o con un grupo. Semejanza: se emiten juicios más favorables de aquellas personas más parecidas al evaluador (“es mi vivo retrato”). Las personas que se parecen más a nosotros las valoramos mejor.

SOBRE LA MINIMIZACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD Y EVITAR ERRORES

- Formularios con claros descriptores de las competencias a evaluar.
- Escalas discriminativas (no más de siete niveles), verbales y sin números (en todo caso estos solo deben representar nivel de desempeño y no cantidad) y preferentemente rúbricas.
- Utilizar varios evaluadores formados (personal sanitario y no sanitario) y pacientes
- Asegurar una relación temporal suficiente entre evaluador y evaluado.
- No ponderar ni realizar cálculos matemáticos (error muy frecuente). No es adecuado promediar los resultados de diferentes competencias evaluadas (¿cabe promediar la ética con las habilidades o el trabajo en equipo?), ni dar más valor a unas que a otras, ya que todas las competencias son igual de importantes en el desempeño.
- Informe final por consenso de expertos.

SOBRE LOS PRINCIPIOS Y LA PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

- **Propósito** (¿para qué?): Evaluación formativa, sumativa o diagnóstica. Garantizar la seguridad del paciente.
- **Evaluadores** (¿quiénes?): Seleccionados acorde a su competencia como educadores y evaluadores. Probablemente el primer principio a valorar.
- **Personas legas:** Pacientes, pacientes simulados y otras personas no sanitarias, pueden evaluar y asesorar en el desarrollo de la evaluación.
- **Recursos:** Disponibilidad de recursos organizativos y humanos suficientes.
- **Contenido** (competencias, ¿qué evaluar?): Basado en los componentes (dominios) de un marco global de competencias de referencia. Ejemplos: competencias de Medicina Familiar y Comunitaria en España, Outcome Project (ACGME, EEUU), o CanMEDS (Canadá) o competencias de tareas específicas.
- **Métodos** (¿cómo evaluar?): Cuidadosamente seleccionados en función del programa y su desarrollo. Si es posible, se escogerán por criterios de validez y fiabilidad, pero sobre todo por la viabilidad, coste-efectividad, por facilitar el *feedback*, por su

impacto educativo y por ser aceptados por todas las partes. Lo importante es su facilidad de uso para evitar resistencias y que la información que aporten sea útil.

- **Relacionar método con competencia:** Ver tabla 1 de relación entre métodos con competencias y su idoneidad.

Tabla 1. Relación de métodos con competencias y su idoneidad

Dominio Competencial	Métodos de Evaluación									
	P.E.M.	ECOE	Registros clínicos	Portafolios	Mini-CEX y similares	DOPs/PAB	Discusión de casos	360°	Evaluación por pacientes	Formulario de evaluación global
Profesionalidad	-	+	-	±	+	+	+	+	+	±
Comunicación paciente/familia, habilidades interpersonales y trabajo en equipo	-	+	-	-	+	+	±	+	+	±
Cuidados del Paciente y habilidades técnicas	-	+	+	-	+	+	+	±	±	±
Conocimientos	+	-	-	-	-	-	+	-	-	±
Práctica basada en el contexto sanitario Calidad, gestión, seguridad, organización sanitaria	±	±	+	±	+	+	±	+	±	±
Práctica basada en el aprendizaje y la mejora. Manejo de la Información	±	±	±	+	-	-	±	+	-	±

+ : Claramente idóneo, ± : Potencialmente idóneo, - : No idóneo

Modificado de: Toolbox of Assessment Methods © Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) and American Board of Medical Specialties (ABMS). Versión 1.1. september 2000 [citado 1 de septiembre de 2016] Disponible en: <http://www.partners.org/Assets/Documents/Graduate-Medical-Education/ToolTable.pdf>

- **Feedback:** Proporcionar información relevante para el evaluado y el proceso formativo.
- **Cuándo y dónde:** Tanto la relación temporal entre evaluado y evaluadores, como el contexto formativo influyen en el proceso evaluador.
- **Accesibilidad y transparencia:** Los estándares exigidos de desempeño deben ser públicos y los resultados estar accesibles a las instituciones reguladoras.
- **Consenso:** Valoración final por consenso de expertos, no por cálculos numéricos.
- **Blueprint o blueprintig:** Diseñar un gráfico o tabla con la planificación e interacciones de los elementos más importantes del proceso evaluador (tabla 2).

Tabla 2. Planificación de un proceso de evaluación del residente

	Estrategia de evaluación del desempeño				
	Durante el trabajo		Después del trabajo		
	Observación		Reflexión personal	Supervisión	Actividad asistencial
	Un observador	Varios observadores		Uno o varios supervisores	
Seleccionar los métodos					
Instrumento: Lista de cotejo, formulario de escala, guía de entrevista, guion reflexivo, guía de memoria/libro residente, formulario <i>ad hoc</i> , etc.					
Qué competencias valora					
Para qué (finalidad)					
Aceptabilidad					
Quién/es evalúan					
Dónde, situación o contexto laboral					
Cuándo					
Viabilidad					
	Informe anual/final elaborado por el tutor				
	Decisión final: consenso de expertos				

Modificado de: Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 2ª parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación. Educación Médica 2017;18:2-12

SOBRE LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

Desde un punto de vista práctico y para garantizar la viabilidad proponemos:

- **Observación directa por un solo evaluador:** Los métodos tipo MiniCEX aportan información útil para el aprendizaje, pero hay que valorar su viabilidad y valorar sus limitaciones como evaluación sumativa.
- **Evaluación de rotaciones, contextos laborales, tareas o situaciones concretas** (por uno o varios evaluadores):
 - **Rotaciones y/o contextos laborales concretos:** Mediante un formulario genérico (profesionalidad, comunicación y habilidades interpersonales, conocimiento, cuidados del paciente, práctica basada en el aprendizaje y la mejora, práctica basada en el contexto sanitario, manejo de la información). Se aporta un ejemplo de un formulario genérico en la figura 1. Es posible adaptar los de otros entornos: ITER (“In-training evaluation” adoptado en Canadá para rotaciones) o el Global Residency Competenc, adoptado en EEUU como valoración final de año. https://www.umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/family_medicine/media/ITER-Orthopedic_Surgery_Eval_Criteria__final.pdf http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/999_GlobalResidencyCompetencyForm.pdf También se pueden diseñar formularios específicos para cada contexto (Ejemplo: consulta de preanestesia, urgencias, área de hemodiálisis, etc.). Recomendamos mantener un esquema basado en grandes dominios competenciales a fin de no descuidar ningún aspecto clave.
- **Tareas o situaciones concretas,** también se las denomina actividades confiadas o EPAs (Entrustable professional activities) (tabla 3)⁽²⁰⁾. Ejemplos: cirugía de cadera, dar malas noticias, dispensación de medicación, soporte vital, planificar una radioterapia, etc.

Tabla 3. Características de una actividad encomendable (EPAs)

Una tarea de gran importancia para la práctica diaria
Precisa adquirir conocimientos, habilidades y actitudes
Da lugar a resultados reconocidos en la especialidad
Son propias de especialistas cualificados
Ejecutable dentro de unos límites temporales
Tienen que llegar a realizarse de forma independiente por el residente
Son observables y medibles, tanto en su proceso como en sus resultados, para poder obtener conclusiones (no es fiable/ es fiable)
Deben expresar más de una competencia

Ten Cate O. 2015

- **Autoevaluación**, con los mismos formularios anteriores.
- **Incidentes Críticos**, esenciales para la autorreflexión y aprendizaje
- **Entrevista tutor residente**, con el siguiente guion:
 - ¿Cuáles son sus necesidades de aprendizaje? Problemas detectados
 - ¿Qué hará para aprenderlo? (Plan de implementación)
 - ¿Cuál será su cronograma?
 - ¿Cómo sabrá cuándo ha alcanzado sus objetivos?
 - ¿Qué otras necesidades de aprendizaje ha detectado?
- **Memoria o libro del residente**, con datos cuantitativos y reflexiones fundamentadas en competencias acorde a un modelo general de competencias (ver referencia 3 y figura 1, formulario competencias).
- **Informe del tutor** siguiendo un modelo de competencias. P. ej. Basado en las competencias descritas en la figura 1.
- **Decisión final adoptada por consenso del comité evaluador** (configurarlo más ampliamente, si es posible, de lo que indica el *Real Decreto 183/2008*).

Figura 1. Formulario de evaluación del Hospital Universitario Cruces

Hospital Universitario Cruces. Formulario de Evaluación Formativa del Residente (versión 2015) ©Proyecto Formación Especializada Basada en Competencias- CRUCES 2008 ^{1,3}					
Apellidos:		Nombre:			
ESPECIALIDAD:		Año residencia:			
Rotación / Actividad o Tarea:					
Unidad:	Centro:	Duración	De:	a:	
Tutor:		Jefe de la unidad asistencial			
<p>Instrucciones: por favor, valore el nivel de competencias adquiridas por el residente en cada uno de los siete dominios en esta rotación o actividad. Al tratarse de una evaluación formativa, añada un comentario en las competencias que destaca o precisa mejorar.</p> <p>Marque el nivel en el que se encuentra el residente en el área competencial evaluada.</p>					
Muy por debajo de lo esperado (muchos aspectos a mejorar)	Por debajo de lo esperado (varios aspectos a mejorar)	En el límite de lo esperado (pocos aspectos a mejorar)	Satisfactorio (Lo esperado). Se ajusta a lo descrito en cada uno de los criterios (Dominios Competenciales)	Destacado (superior a lo esperado)	No aplicable NA
<p>1. ACTITUDES / VALORES PROFESIONALES (PROFESIONALIDAD): Demuestra integridad, acepta su responsabilidad, cumple las tareas. Trabaja dentro de los límites de sus capacidades; pide ayuda cuando es necesario. Demuestra respeto e interés por los pacientes y sus familiares. Es puntual y cumple el horario de trabajo.</p>					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>2. COMUNICACIÓN: Se comunica de forma efectiva con pacientes y familiares, con otros miembros del equipo de trabajo y con el resto del personal sanitario.</p>					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>3. CUIDADOS DEL PACIENTE Y HABILIDADES CLÍNICAS: Obtiene una historia clínica y examen físico completos; solicita las pruebas diagnósticas necesarias e integra la información para un correcto diagnóstico diferencial. Planifica un plan de tratamiento adecuado. Demuestra destreza en la realización de procedimientos técnicos para su nivel.</p>					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>4. CONOCIMIENTOS: Está al día de los conocimientos clínicos. Pregunta con rigor. Utiliza el conocimiento y el pensamiento analítico para resolver los problemas clínicos. Demuestra juicios clínicos adecuados.</p>					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>5. PRÁCTICA BASADA EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD (SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS SANITARIOS): Usa racionalmente los recursos sanitarios. Trabaja para garantizar la seguridad del paciente, identificando causas de errores. Sigue las guías de práctica clínica (protocolos). Participa activamente en la promoción y protección de la salud, valorando indicadores y factores de riesgo.</p>					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. PRÁCTICA BASADA EN EL APRENDIZAJE Y LA MEJORA CONTINUA (ANÁLISIS CRÍTICO-AUTOAPRENDIZAJE): Valora críticamente la literatura científica y utiliza la evidencia científica disponible para el cuidado de los pacientes. Autoevalúa su práctica clínica y cambia comportamientos. Facilita y colabora en el aprendizaje de los compañeros del equipo de trabajo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

7. MANEJO DE LA INFORMACIÓN: Busca, interpreta y aplica adecuadamente la información clínica y científica. Documenta y mantiene los registros clínicos acorde a los procedimientos establecidos.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

COMPETENCIA/S EN LAS QUE PRECISA MEJORAR O COMPLETAR LA FORMACIÓN:

COMPETENCIA/S EN LAS QUE DESTACA:

En Cruces-Barakaldo	Nombre del Evaluador	Nº DNI
---------------------	----------------------	--------



CAPÍTULO 8

**EL TUTOR Y LA UNIDAD DOCENTE:
PROTOCOLOS DE SUPERVISIÓN. IMPLICACIÓN DE LA UNIDAD**

EL TUTOR Y LA UNIDAD DOCENTE: PROTOCOLOS DE SUPERVISIÓN. IMPLICACIÓN DE LA UNIDAD

Dras. Pilar Rebotó Cortés. Dra Ana M^a Tato Ribera. Especialistas y tutoras de Anestesia y Nefrología.

El sistema formativo de residencia implica la **adquisición progresiva y supervisada de responsabilidades** a medida que se avanza en el programa formativo, a través de las actividades asistenciales, científicas e investigadoras llevadas a cabo por el residente en colaboración con otros profesionales de la unidad docente, de los que irá aprendiendo una forma de trabajo, unas habilidades o destrezas y unas actitudes hacia el enfermo.

Los protocolos de supervisión suponen una excelente oportunidad para que los servicios y unidades docentes reflexionen sobre la organización y procedimientos de actuación, tanto en las urgencias como en el trabajo ordinario, todo lo cual contribuirá a garantizar la seguridad de los pacientes y a mejorar los aspectos docentes.

El objetivo de este capítulo es sentar las bases para la elaboración de un protocolo de supervisión del residente, independiente de la especialidad del mismo.

MARCO LEGAL

La supervisión de los residentes queda definida en el *Real Decreto 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 núm. 45 del 21 febrero 2008).

El espíritu de la ley es evidente: debe garantizarse la seguridad de los pacientes al mismo tiempo que el sistema permite el aprendizaje y la progresión de los especialistas en formación. Los centros sanitarios deben asegurar a la sociedad y al propio residente, especialmente en su período inicial de formación, una supervisión efectiva.

COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN

La supervisión del residente es una labor no solamente del servicio al que pertenece, sino de toda la organización. Implica el desarrollo, mejora y cumplimiento de los programas formativos, la adhesión a las normas vigentes y la formación progresiva en aspectos propios de la especialidad o transversales (ética, seguridad, investigación, docencia, etc). Esta tarea, cuanto menos compleja, exige el compromiso directo de toda la organización: tutores, responsables asistenciales, comisión de docencia, servicios jurídicos, etc.

El *Real Decreto 183/2008* establece que la dedicación docente y, por tanto, el deber de supervisión, resultan inherentes al trabajo en instituciones docentes. Por tanto, la gestión y programación de las diferentes actividades de los servicios y unidades docentes debe realizarse garantizando la formación y supervisión del residente a lo largo de su proceso formativo:

- Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas (además del grado y de la formación continuada).
- De lo anterior deriva un deber general de supervisión inherente por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes.
- Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.

Por último, el protocolo de supervisión es un documento de consenso, que compromete, tanto a la organización como al residente a su cumplimiento. Debe reflejar la organización del trabajo durante la jornada habitual y especialmente en horario de atención continuada, la responsabilidad de la supervisión en cada caso, el grado de supervisión y autonomía del residente, y las situaciones críticas en las que el residente debe recibir una supervisión estrecha.

Todos los especialistas, los demás residentes y resto del personal sanitario están implicados en la supervisión de los residentes.

RESPONSABILIDAD Y GRADO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

El carácter progresivo de la formación obliga a definir diferentes niveles de responsabilidad del médico residente en función de su nivel de competencia. En este sentido proponemos una graduación en la adquisición de habilidades, y, en función de la misma, otra de responsabilidad.

- Nivel de Habilidades:
 - Nivel H1: Habilidades que los Residentes deben practicar hasta alcanzar autonomía completa
 - Nivel H2: Habilidades que los Residentes deben practicar aunque no alcancen necesariamente la autonomía para su realización
 - Nivel H3: Habilidades que requieran un período de formación adicional post residencia
- Nivel de Responsabilidad
 - Nivel R1: Actividades realizadas directamente por el Residente sin necesidad de supervisión directa
 - Nivel R2: Actividades realizadas directamente por el Residente bajo supervisión del adjunto.
 - Nivel R3: Actividades realizadas por el personal de plantilla y observadas o asistidas por el residente.

El año de residencia no debe constituir el único elemento que determine, de forma automática, el grado de autonomía y de necesidad de supervisión del residente. La especialidad, la formación previa del residente, la capacidad para el desempeño de determinadas habilidades, etc., pueden matizarlo o modificar los niveles de supervisión y responsabilidad. El protocolo de supervisión del residente debe explicitar los niveles de responsabilidad del mismo en cada faceta de la residencia, si bien la autonomía individual de cada residente será determinada por el Jefe de Unidad, los tutores y el adjunto responsable en cada momento del mismo.

El Real Decreto es muy concreto en cuanto a la **supervisión del residente de primer año**: *“La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”.*

El concepto supervisión de “presencia física” se refiere a que el facultativo especialista se encuentre en el mismo centro y no localizado fuera del hospital. Ninguna guardia debería tener un R1 con el especialista localizado. Sin embargo, podría ser aceptable un esquema en que dos residentes, uno de tercer, cuarto o quinto año y otro de primer año, pueden encontrarse de guardia con un facultativo localizado en su domicilio. El residente de primer año, en esta situación, desempeñaría una función secundaria, es decir, en estas guardias la actividad asistencial recaería sobre el residente “mayor” que es quien podría emitir informes y firmar documentos.

En cualquier caso, el esquema de guardia con especialista “localizado” debe estar debidamente justificado y exige un especial detalle en los protocolos de supervisión.

Es obvio que la mera presencia de un facultativo de presencia física no garantiza, por sí misma, una supervisión efectiva. Es necesario además el visado de los documentos de carácter asistencial en los que intervenga el residente de primer año. El *RD183* no especifica los documentos a los que se refiere. Los informes (clínicos, quirúrgicos o de exploraciones complementarias) y las órdenes de tratamiento, son los que resumen, en la mayor parte de los casos, la atención y decisiones tomadas sobre los pacientes. Por tanto, sobre ellos deben centrarse los esfuerzos para dar cumplimiento a la norma en los procedimientos de trabajo.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

La supervisión del residente es responsabilidad de toda la unidad docente, pues a lo largo de su formación el residente desempeña su actividad en todas las áreas de la unidad. El nivel de supervisión y responsabilidad del residente difiere no solo en función de su aptitud, sino también del ámbito su actividad, bien sea hospitalización, consultas externas, quirófano, unidades de cuidados intensivos, atención continuada, etc. Para ser eficaz y ofrecer la suficiente seguridad, tanto a los pacientes como a los residentes, la supervisión debe ser activa, debe estar incluida en los procedimientos de trabajo y no ser exclusivamente dependiente de que el propio residente la demande. Estos aspectos son de especial relevancia durante el primer año de la residencia, en el que es obligatoria la supervisión física del residente y el visado de los documentos de carácter asistencial en los que éste intervenga.

Cada unidad o servicio docente debe elaborar y consensuar su propio protocolo de supervisión, en el que deben quedar reflejadas de forma explícita e inequívoca:

- Descripción de la estructura, áreas y funciones del dispositivo asistencial sobre el que se redacta el protocolo de supervisión
- Nivel de responsabilidad del residente en la realización de una cada actividad determinada, en función de su años de residencia, especialidad (propio o residente rotante) y nivel formativo.
- Supervisión y nivel de responsabilidad del residente durante el horario de atención continuada: Supervisión y nivel de responsabilidad del R1, del residente intermedio y del residente mayor.
- Facultativo de referencia en cada faceta de la residencia, incluida la atención continuada

- Situaciones, patologías, técnicas y procedimientos que exigen supervisión directa por el facultativo de referencia.
- Protocolos de actuación en situaciones de especial interés.
- Documentos que exigen visado conjunto del facultativo de referencia

El protocolo debe ser especialmente exhaustivo en aquellos aspectos con repercusiones clínicas o legales:

- Prescripción de tratamientos de estrecho margen terapéutico, con potenciales efectos adversos graves
- Atención a enfermos en situación inestable o crítica
- Práctica de técnicas de diagnóstico o tratamiento invasivas
- Realización y visado de informes clínicos.
- Supervisión del residente de primer año.

El protocolo de supervisión en la Urgencia es de gran importancia: es la Unidad donde inician un gran número de residentes de distintas especialidades sus guardias, donde tienen una importante actividad asistencial y donde van a adquirir una mayor responsabilidad y autonomía. Además son muchos los especialistas que pueden verse implicados en la supervisión de los residentes. Por todo ello es fundamental priorizar y consensuar su redacción.

Todas las Unidades Docentes tendrían que elaborar su protocolo de supervisión, tanto para el trabajo diario como para la atención continuada. Es necesario que todos los miembros de las unidades docentes reflexionen sobre la organización y procedimientos de actuación, tanto en las urgencias como en el trabajo ordinario, todo lo cual contribuirá a garantizar la seguridad de los pacientes y a mejorar los aspectos docentes.

APROBACIÓN, DIFUSIÓN Y CUMPLIMIENTO

Las Unidades Docentes harán llegar a la Comisión de Docencia los diferentes protocolos de supervisión. La Comisión de Docencia verificará que contiene todos los elementos mencionados y revisará la idoneidad de su contenido.

Una vez aprobado, la Comisión de Docencia remitirá a los órganos de dirección del centro los documentos, que deberá hacer también explícitos su aprobación y compromiso. Además garantizará su difusión y acceso (por ejemplo la intranet del hospital). Además dispondrá de mecanismos de información (memorias de los residentes, comunicación de incidencias, encuestas,...) para vigilar su cumplimiento.

La elaboración de protocolos escritos de supervisión constituye un elemento clave para garantizar el carácter progresivo de la responsabilidad de los residentes. Además de contribuir a una mejora en los aspectos docentes y a la seguridad jurídica de los residentes, la elaboración de protocolos escritos de supervisión supone una excelente oportunidad para que las Unidades Docentes y las instituciones reflexionen sobre sus procedimientos de trabajo y la seguridad de la atención médica que prestan, por lo que resulta esencial promover su redacción y velar por su cumplimiento.





CAPÍTULO 9

EL TUTOR Y LA INVESTIGACIÓN

EL TUTOR Y LA INVESTIGACIÓN

Dras María Velasco Arribas. M^a Dolores Martín Ríos. Especialistas y tutoras de Medicina Interna y Medicina Preventiva.

*“No hay pacientes poco interesantes,
hay médicos poco interesados”*

Gregorio Marañón

La investigación es una tarea única que aúna formación, curiosidad e imaginación y supone el reto de poder mejorar la asistencia de los pacientes. Por todo ello, no es tarea fácil, y transmitirla al médico residente será una labor continua a lo largo de todo el período de la residencia. El fin último de la investigación clínica es ambicionar lo mejor y hacer que la atención de los pacientes sea un trabajo excelente.

La investigación es uno de los tres ámbitos del desarrollo profesional de un médico, junto con la docencia y la asistencia. No se puede pretender que todos los médicos desarrollen plenamente los 3 ámbitos, pero sí es necesario dotar al residente de las herramientas necesarias para que pueda profundizar en el campo de la investigación de forma autónoma. Es necesario recordar en este punto que al ser la asistencia el principal soporte de la investigación, no se puede ser un buen investigador clínico sin ser un buen médico asistencial. El primer escalón es ser un buen clínico.

Es muy importante integrar el trabajo investigador en el hospital, en la tarea asistencial cotidiana. El acto asistencial es en sí mismo un acto de pesquisa y búsqueda, y la experiencia y conocimiento son un importante activo para impulsar la investigación.

Hay varias razones para investigar:

- 1) Como actividad integrante del acto asistencial. La tarea investigadora en este caso tiene el papel de detectar problemas y deficiencias.
- 2) Por afán de conocimiento.

- 3) Como parte de programas formativos que tienen como misión despertar la inquietud científica.
- 4) Por responsabilidad social: es una forma de devolución de lo invertido en la formación del médico en forma de mejoras y avances en la atención de los pacientes.

La labor de investigar es innovadora, y por ende, debe conseguir aplicaciones prácticas para mejorar la atención clínica. Su desarrollo va unido al hecho de fomentar la curiosidad y capacidad para plantearse preguntas y cuestionarse lo establecido, buscando lo mejor, así como dar el soporte necesario para encontrar respuestas.

Para ser un buen investigador es necesario ser curioso, inconformista, tener iniciativa y estar dispuesto a hacer un gran esfuerzo extra.

Hay que destacar que en numerosos ámbitos, los residentes perciben la investigación como una asignatura pendiente de su formación, tanto por la falta de herramientas básicas para llevarla a cabo, como por la falta de estímulos para incluir al residente en proyectos o grupos de investigación. También es cierto, que incluso en los centros hospitalarios de más consolidada trayectoria investigadora, sólo un pequeño porcentaje de los residentes se integran en equipos de investigación.

Por último, no hay que olvidar que la formación en investigación es dependiente del entorno en que se realiza esta. Hospitales, centros o servicios con gran trayectoria investigadora estarán en mejores condiciones para hacer una oferta más amplia. Ello no es óbice para que los residentes que se forman en cualquier hospital puedan adquirir las capacidades básicas para recorrer el camino que les llevará desde un investigador embrionario hasta convertirse en un investigador maduro.

OBJETIVOS DE FORMACIÓN

Se pueden clasificar en 2 tipos:

1. Desarrollar un proyecto piloto y presentar sus resultados en un entorno más reducido (el propio servicio, sesión hospitalaria), para demostrar la competencia investigadora básica.
2. Adquirir competencias suficientes para poder desarrollar y difundir una tarea investigadora en la comunidad científica.

El primer objetivo pretende una formación más básica, con la que todos los residentes adquieran las competencias para desarrollar un proyecto sencillo o escribir un artículo, sin que necesariamente tenga una traducción en publicaciones científicas.

El segundo objetivo es más ambicioso y busca resultados medibles en publicaciones, con los índices bibliométricos que se quieran aplicar.

En este objetivo también se integraría la elaboración de la tesis doctoral.

FORMACIÓN BÁSICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Aprender a realizar una buena pregunta de investigación

Es equivalente a tener una buena idea y saber formularla. Para ello, es necesario conocer bien la práctica clínica más habitual, así como las preguntas que ya tienen respuesta. Por tanto, la capacidad de realizar buenas preguntas de investigación está muy relacionada con el hecho de ser un buen médico asistencial.

Como orientación, se puede utilizar el sistema "PICO", proveniente del ámbito de la Medicina Basada en la Evidencia. Es una pregunta específica con cuatro componentes: **Paciente, Intervención, Comparación y Resultado (Outcome)**. Se puede utilizar para plantearse preguntas de estudios experimentales, sobre etiología, diagnóstico o pronóstico. Realizar buenas preguntas de investigación es el primer paso en la investigación y sirve para plantear claramente los objetivos del proyecto que se pretende acometer.

Fuentes de documentación

Búsqueda de evidencia en la literatura científica del grado de conocimiento que existe para responder la pregunta formulada.

Por citar algunos ejemplos:

- PubMed (Medline)(www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/). Base de datos bibliográfica de la US Nacional Library;
- The Cochrane Library (www.thecochranelibrary.com/). Base de datos de revisiones sistemática en red;
- UpToDate (www.uptodate.com/). Portal de actualizaciones médicas.
- Biblioteca Virtual de la Agencia Laín Entralgo (bvale.sanidadmadrid.org/). Portal con múltiples contenidos bibliográficos, acceso a varias plataformas científicas y recursos documentales.

Tras la búsqueda, es necesario realizar una **lectura crítica de artículos**. Se trata de

poder evaluar la calidad científica de un artículo utilizando la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia. Se puede encontrar información de revisiones y herramientas en: ebm.bmj.com/; www.cebm.net/; www.ebm.med.ualberta.ca/

Conocimientos básicos de diseño de estudios de investigación y análisis estadístico

Este es uno de los capítulos más extensos, ya que incluye el grueso de elaboración de un proyecto. Abarca todos los aspectos metodológicos del mismo.

La etapa inicial del proyecto comprende manejo de bases de datos, introducción de la información en las mismas y análisis estadístico. La primera aproximación del residente a la investigación suele ser con la tarea de recogida de datos, y se debe potenciar que su colaboración en el proceso investigador no termine ahí.

Ejemplos de sitios web para obtener información al respecto:

- www.metodo.uab.es; www.uned.es/experto-estadistica-multivariante/;

Conocimientos básicos de ética y buenas prácticas clínicas en investigación

La Bioética ha consolidado una serie de principios asumidos de manera universal y recogidos en una serie de acuerdos colectivos que conviene conocer: código de Nuremberg, declaración de Helsinki o el informe Belmont. (www.portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC)

De manera genérica las Guías de buenas prácticas recogen:

- En una primera fase principios básicos de actuación en la institución como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.
- En segundo lugar aspectos relativos a la práctica habitual del personal investigador en términos de pertenencia, objetividad, honestidad etc....
- Un tercer bloque de contenidos hace referencia a la autonomía del sujeto de investigación a través de la puesta en marcha de los mecanismos oportunos para garantizar la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal así como la obtención de consentimientos informados.
- Direcciones útiles: <http://www.comitedebioetica.es/>; <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/ceic/home.htm>

Habilidades para la presentación de resultados

Redacción de artículos científicos y presentación de resúmenes en congresos.

HERRAMIENTAS PARA ADQUIRIR HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN Y PARA FOMENTARLA

Es necesario recordar aquí el enorme papel que tienen en este ámbito la Comisión de Docencia, la Unidad de Investigación, la Biblioteca y otras comisiones con intereses compartidos en investigación, así como el compromiso de la dirección de cada centro.

- Ofertar **cursos específicos de formación**. Como ejemplo, en nuestro centro la Comisión de Docencia programa anualmente cursos transversales para residentes para formar en investigación:

CURSOS	HORAS	AÑO R
Curso de Búsquedas Bibliográficas: Fuentes de Información para Residentes	10	R1
Metodología de la Investigación	30	R1
Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud	30	R1/2
Curso de Bioética	16	R2/3
Lectura crítica de artículos y Medicina Basada en la Evidencia	14	R2/5

- Identificar oferta de **cursos online y a distancia**
- **Presentación de sesiones en los servicios** correspondientes y resúmenes en los congresos
- **Organización de seminarios y jornadas** específicas de investigación de forma periódica.
- **Integración del residente en proyectos** de la unidad, en los que se inicia la participación con la recogida de información, posterior análisis e interpretación.
- Proponer a los residentes la **redacción de proyecto en modelo FIS** o de otra agencia de financiación oficial, en el que se tendrán en cuenta aspectos como cronograma, reparto de tareas y elaboración de un presupuesto. Incorporarlo en su plan formativo.
- Mantener una importante **presencia en la web** del centro.
- Creación de un **premio de investigación** para residentes; en nuestro centro funciona desde el año 2012, y reconoce el mejor trabajo publicado en una revista y el mejor presentado a un congreso internacional. También se puede adoptar la modalidad de premiar proyectos de investigación para que se lleven a cabo con la dotación del premio.

ITINERARIO ORIENTATIVO DE INVESTIGACIÓN EN LA RESIDENCIA: "LAS EDADES DEL INVESTIGADOR"

A modo de esquema, se exponen unas etapas que pueden servir como hoja de ruta:

• Residente 1

- Ser capaz de realizar una atención clínica básica.
- Atender al mayor número posible de pacientes y con el mejor criterio clínico disponible
- Distinguir la presentación o patología excepcional que puede ser comunicable
- Iniciarse en la búsqueda de la información

Hito: Identificar un caso clínico excepcional para comunicarlo en una carta científica.

• Residente 2

- Iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación
- Profundizar en la atención clínica y ser capaz de identificar áreas de incertidumbre en relación con la atención clínica
- Iniciarse en la recogida de datos, principalmente series de casos retrospectivos
- Iniciarse en la identificación de algún ámbito de conocimiento de especial interés personal

Hito: Comunicación a congreso de una serie retrospectiva; inicio de redacción de un original breve

• Residente 3

- Profundizar en el conocimiento de la metodología de la investigación
- Ser capaz de formular preguntas de investigación en base a los pacientes atendidos
- Recogida de datos de series de casos retrospectivas y sobre todo prospectivas
- Iniciarse en la recogida de datos de cohortes
- Identificar algún área de conocimiento de interés personal

Hito: Redacción de un original breve

• Residente 4

- Profundizar en el conocimiento de la metodología de la investigación

- Participación en estudios de cohortes
- Análisis de la información recogida. Ser capaz de realizar un análisis estadístico sencillo
- Profundizar en algún área de conocimiento de interés personal
- Toma de contacto con grupos de investigación establecidos

Hito: Redacción de un original

- **Residente 5**

- Tener un área prioritaria de interés en investigación
- Ser capaz de proponer un tema de investigación, realizar el diseño metodológico básico, el trabajo de campo y el análisis estadístico
- Participar de forma activa en algún proyecto de investigación o en algún grupo establecido
- Iniciar proyecto de tesis doctoral

Hito: Redacción de proyecto de investigación con financiación competitiva. Iniciar tesis doctoral

- **Adjunto / Tutor de investigación**

- Lidera y participa en proyectos de investigación y consigue financiación en convocatorias competitivas
- Tiene líneas de investigación propias
- Escribe revisiones y supervisa artículos originales

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE COMO INVESTIGADOR

El residente debe saber antes de iniciar la tarea investigadora que ésta le supondrá un enorme esfuerzo, y que tendrá que invertir tiempo extraordinario para poder simultanear las tareas de asistencia e investigación.

Cuando el tutor de residentes esté implicado en tareas de investigación o en algún grupo investigador, él mismo puede asumir la tutoría directa del residente, guiándole en las etapas iniciales más básicas y posteriormente seleccionando y orientando los temas de investigación, manejo de datos o facilitando la integración en algún equipo de investigación.

Sin embargo, no todos los tutores pueden ni deben tener una dedicación más enfocada en la investigación. Por ello, sería de interés localizar a otros profesionales dedicados claramente a la investigación, que puedan servir como orientadores o tutores de investigación, especialmente en las etapas más avanzadas. La tarea del tutor de residentes sería 1) identificar tutores de investigación en su entorno, en temas afines a la especialidad, 2) servir de enlace y apoyo al residente en aspectos concretos, incluida la ética de la investigación, y 3) velar por la correcta dirección de la orientación científico-investigadora por parte del tutor de investigación. Esta última tarea es muy importante, ya que evita que el residente que investiga sea tratado como mero recolector de datos sin participar en otras tareas.

A pesar de que es difícil separar la gran dependencia en la formación investigadora de la tradición en investigación de los distintos servicios, la figura del tutor de investigación puede ayudar a homogeneizar la formación de residentes.



CAPÍTULO 10
CASOS ESPECIALES:
CAMBIOS DE ESPECIALIDAD, MATERNIDAD, EVALUACIÓN NEGATIVA

CASOS ESPECIALES: CAMBIOS DE ESPECIALIDAD, MATERNIDAD, EVALUACIÓN NEGATIVA

Dra. M^a Isabel González Anglada. Especialista y tutora de Medicina Interna. Jefa de Estudios.

En ocasiones, el tutor, con una formación sanitaria y una vocación docente, se enfrenta con problemas desconocidos para él, muchas veces con un gran componente burocrático, con normativas poco claras o muy rígidas y que suponen una situación de tensión entre el residente y el tutor o entre el residente y el sistema. Hablamos de situaciones especiales como son los cambios de especialidad, la maternidad, la evaluación negativa y de forma más genérica el “residente con problemas”.

¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA SOLICITUD DE CAMBIO DE ESPECIALIDAD?

El *Real Decreto 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, en su artículo 31 regula los **cambios excepcionales de especialidad**. Como dice el *Real Decreto* los cambios son **excepcionales** y tienen que estar correctamente justificados y documentados para que el Ministerio de Sanidad los apruebe. Los requisitos para solicitar un cambio de especialidad son los siguientes:

- Que sea la primera vez que se solicite.
- Que se adjunte documentación que acredite las razones excepcionales por las que se solicite el cambio.
- Que el cambio se produzca dentro del mismo centro o en otro de la Comunidad Autónoma.
- Que exista plaza vacante acreditada en la especialidad que se solicita.
- Que la petición se realice dentro de los dos primeros años de formación.

- Que el solicitante haya obtenido en la convocatoria anual de pruebas selectivas para el acceso a plazas en formación sanitaria especializada un número de orden que le hubiera permitido acceder en dicha convocatoria a plaza de la especialidad a la que pretende cambiar.

El procedimiento que se sigue en estos casos es el siguiente:

- Solicitud del interesado a la Comisión de Docencia/ Comisión Asesora de su Centro o Unidad junto con la documentación que acredite las razones excepcionales que motiven el cambio de especialidad. Una vez presentada la solicitud por el interesado, se tramitará en todo caso, no pudiendo decidir las Comisiones de Docencia sobre su tramitación o no, debiendo especificar en su informe si es favorable o desfavorable y la motivación del mismo.
- La Comisión de Docencia traslada la solicitud del residente, junto con el informe de la Comisión a la Subdirección General de Ordenación Profesional.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo solicita informe a la Comunidad Autónoma de la que depende el Centro o Unidad, a la Comisión de Docencia del Centro o Unidad de destino en su caso, y a las Comisiones Nacionales de las dos especialidades implicadas. En caso de un informe positivo del Ministerio, el informe de la especialidad de destino determinará el curso en el que el residente se incorporará y cómo ha de hacerlo.
- Con todos los informes, la Subdirección General de Ordenación Profesional resolverá lo que proceda y dará traslado a los interesados.

¿CÓMO SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE PERIODOS FORMATIVOS PREVIOS?

La *Orden Ministerial de 18 de junio de 1993* (Boletín Oficial del Estado de 24 de junio), regula el reconocimiento de periodos formativos previos. Dicho procedimiento establece una serie de requisitos que son:

- Que sean solicitados por primera vez.
- Que sea la misma especialidad en distinto centro o distinta especialidad con programa formativo parcialmente común.
- Que los servicios previos se hayan cursado como consecuencia de participación en prueba selectiva.
- Se reconocerán solo cursos completos.
- Se debe haber obtenido la calificación de apto, es decir, tiene que haber obtenido en los cursos de que se trate una calificación positiva.

- Que no haya habido interrupción del programa formativo.

Según la citada *Orden y el Real Decreto 183/2008*, de 8 de febrero, el procedimiento que se sigue en estos casos es el siguiente:

- Solicitud junto con el informe de la Comisión de Docencia dirigida a la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo. Una vez presentada la solicitud por el interesado, se tramitará en todo caso, no pudiendo decidir las Comisiones de Docencia sobre su tramitación o no, debiendo especificar en su informe si es favorable o desfavorable y la motivación del mismo.
- La Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo emitirá un informe oídas las Comisiones Nacionales.
- Será la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, quien a la vista de los informes anteriores resolverá en su caso, la procedencia del reconocimiento.

¿QUÉ TENEMOS QUE HACER CUANDO UNA RESIDENTE ESTÁ EMBARAZADA?

El *Real Decreto 1146/2006*, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, regula la modificación del horario de trabajo en las condiciones de embarazo, cuidado directo de un menor o familiar dependiente. En estos casos el horario de trabajo, fundamentalmente referido a las guardias, puede reorganizarse de forma que las jornadas diarias máximas sean de 12 horas, pero en cualquier caso sin que suponga una disminución del número de horas anual establecido. En los programas formativos de cada especialidad se fija un número de guardias al mes mínimas a realizar, que son las que habrá que tener en cuenta a la hora de hacer el cálculo final. Si tomamos el ejemplo de una especialidad cuyo programa indica que el número mínimo de guardias a realizar son 4, habitualmente 3 de 17h (diario) y 1 de 24h (festivo), en total suman 75h que se podrían repartir en 6-7 jornadas de 12h.

Al igual que las guardias, es necesario modificar el plan individual del residente teniendo en cuenta el período final en el que su contrato ha estado suspendido y su proceso de aprendizaje.

Es fundamental transmitir que es necesario el cumplimiento del programa formativo de la especialidad para lograr la adquisición de las competencias de la especialidad, que es la adquisición de esas competencias las que se valoran finalmente en la evaluación y, todo ello se puede realizar adaptándolo a su embarazo.

La situación de baja maternal o médica implica una suspensión del contrato, por lo que si coincide con el período de evaluación ésta no se podrá realizar hasta que el residente se incorpore. La suspensión del contrato por encima del 25% de la jornada anual conlleva una evaluación negativa y el Comité de Evaluación establecerá la prórroga del período formativo o incluso la repetición completa del año si fuera necesario. La repetición completa del año requiere informe de la Comisión de Docencia y aprobación por el Ministerio. La prórroga o la repetición del año implican la prórroga del contrato por el año que cursaba el residente. Una vez finalizada la prórroga se procederá de nuevo a la evaluación y en caso de evaluación positiva a la renovación del contrato. La evaluación negativa posterior no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato. El residente podrá solicitar la revisión de su evaluación.

EL RESIDENTE ENFERMO

En la incorporación del residente es obligatorio el examen médico que realizan los servicios de prevención de riesgos. Los resultados, en algunos casos, obligan a planificar de manera particular el itinerario formativo. Muchas personas pueden desarrollar una actividad profesional y personal perfectamente saludable a pesar de sufrir alguna enfermedad crónica o discapacidad, pero dentro del mundo sanitario, y el residente es uno más, no es infrecuente la resistencia a aceptar el problema de salud y a solicitar ayuda. Es importante que ante una enfermedad común o accidente que el residente pueda sufrir, se le anime a tener su propio médico de cabecera, a ser atendido por circuitos que le aseguren una buena atención y a desechar la costumbre de hacer consultas "de pasillo" o de automedicarse.

Se puede dar el caso de que algunos candidatos a especialistas presenten características patológicas de personalidad o sufran algún tipo de patología psíquica y/o física importante, que hagan que deba plantearse una posible inadecuación para el ejercicio de determinadas especialidades, o, incluso, de la práctica de la profesión.

También pueden desarrollar, a lo largo del período de formación, algún tipo de dolencia psíquica, con mayor o menor trascendencia clínica. La profesión sanitaria, como otras dedicadas al cuidado de las personas, tiene sus factores de riesgo psicosocial. Y dentro de esta profesión, los jóvenes y poco experimentados son los más proclives a verse afectados por el estrés, la depresión, el burn-out, el sedentarismo, las drogas... Son varios los factores de estrés: las largas jornadas de trabajo, la sustitución del tiempo de descanso y ocio por estudio y trabajo, la interacción con pacientes exigentes y a veces conflictivos, los dilemas éticos y morales, la necesidad de estar al día, la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación y relación, y unas perspectivas laborales de futuro incierto. La práctica real comporta también enfrentarse a

situaciones con una fuerte carga emocional: la muerte, el dolor, el duelo... Esta situación se da dentro de un sistema organizativo que no siempre dispone de las condiciones adecuadas para dar apoyo al residente en este proceso de formación y que, a veces, puede ponerlo en unas condiciones de mayor vulnerabilidad: cansancio a causa de las guardias, presión asistencial, difícil conciliación de la vida laboral y familiar, cambio de lugar de residencia, sueldo limitado, etc.

Todas estas situaciones de malestar que ocurren en el período de residencia pueden actuar como desencadenante o precipitador de una psicopatología que estaba latente en el individuo. En caso de sospecharlo es urgente que salud laboral valore al residente.

Como elemento positivo, el residente cuenta con una referencia clave: el tutor.

El tutor, además de ayudar a conseguir unos conocimientos y habilidades, debe velar para que este aprendizaje sea progresivo, integrado en el entorno laboral, y debe procurar redireccionar aquellas situaciones o factores de riesgo que puedan desestabilizar este proceso.

El tutor tiene un contacto estrecho y en la relación de tutoría aparecen cuestiones que van más allá de la planificación de rotaciones y objetivos de aprendizaje –problemas personales, vivencias profesionales, dudas y dilemas...–, lo que representa una oportunidad para la detección de cualquier malestar, sobre el cual el tutor puede ofrecer orientación y consejo.

El tutor puede detectar señales de alarma relacionadas con una enfermedad mental: baja el rendimiento, absentismo, evita el contacto con los compañeros, aumenta el absentismo, se muestra más irritable o cambia el comportamiento notablemente. Pero es necesario recordar que el tutor no es el terapeuta y que puede ser necesario una atención especializada. Para abordar el problema el tutor tiene dificultades ya que no está entrenado para ello.

Saber formular las preguntas de forma adecuada resulta tan importante como saber escuchar al residente. Preguntas excesivamente directas o explícitas, en las que no se deja posibilidad de escapatoria al residente, no son las más indicadas y pueden favorecer reacciones a la defensiva. Son más útiles las preguntas abiertas, hechas de manera cordial, sin que se sienta fiscalizado. Resultarán más rentables comentarios como “pareces cansado” o “últimamente se te ve más preocupado” o “no estás tan comunicativo como antes”, que preguntas como “¿estás deprimido?” o “¿tienes algún problema con las drogas?”.

El residente puede ser reacio a hablar y en estos casos, el tutor debe intentar dejar siempre una puerta abierta. Utilizaremos expresiones como: "Si cambias de opinión y consideras en algún momento que puedo ayudarte estaré encantado de hacerlo". Evidentemente, esta fórmula poco invasiva se puede aplicar para los casos poco claros. Al contrario, en los casos en los que es evidente la presencia de un trastorno psiquiátrico con potenciales consecuencias negativas para el residente o para sus pacientes, debe adoptarse una actitud más directiva, que induzca al residente a contactar con una atención especializada. En casos extremos, deberán incluso tomarse medidas disciplinarias para apartarlo de la práctica profesional.

El tutor remitirá al residente a salud laboral quienes serán los más adecuados para su valoración. Recordar también que existen en los Colegios Profesionales programas como PAIME: programa de atención integral al médico enfermo, especializados en estos problemas y de fácil acceso.

Finalmente recordar que un entorno profesional competente, esto es, un servicio o un centro donde tiene importancia tanto los aspectos técnicos como los estilos relacionales, es un factor básico para una formación y es un protector del estrés.

¿QUÉ SE PUEDE HACER CON EL RESIDENTE QUE VA MAL?

Un residente con dificultades en el aprendizaje es aquel que no satisface las expectativas del programa de entrenamiento debido a un problema de conocimientos, actitud o habilidades. Otra definición sería el residente cuyo desempeño profesional está significativamente por debajo de su desempeño potencial, debido a un problema específico afectivo, cognitivo, estructural o dificultad interpersonal.

Muchos tutores y especialistas que trabajamos en la formación clínica de residentes nos hemos sentido alguna vez solos frente al desafío que este tipo de residentes representan. Los estudios de prevalencia son muy escasos y en otros países se informa de una prevalencia entre el 5,8 y 9,1%. Los problemas más frecuentes identificados por los tutores fueron: insuficiente conocimiento médico 48%, pobre juicio clínico 44% y manejo insuficiente del tiempo 44%.

¿CÓMO TENEMOS QUE TRABAJAR CON UN RESIDENTE CON PROBLEMAS?

Al trabajar con residentes con problemas, los tutores normalmente tenemos la sensación de que algo anda mal aunque no somos capaces de describirlo. Para ayudar a clarificar la situación nos ayuda contestar las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿De quién es el problema?
- ¿Es un problema que debe ser resuelto?

A la primera pregunta cuál es el problema, en general los problemas en el MIR habitualmente son de una de las 3 áreas: conocimiento, habilidades o actitudes. Los problemas en el conocimiento habitualmente incluyen deficiencias en la formación básica o clínica. Las deficiencias en habilidades incluyen problemas en la interpretación de información, de habilidades técnicas o interpersonales o en el juicio clínico y la organización del trabajo. Los problemas de actitud incluyen dificultades en la motivación, introspección, relación médico-paciente y autocrítica. Son generalmente fáciles de identificar pero los de mayor desafío a la hora de trabajarlos.

A la segunda pregunta de quién es el problema, tenemos que diferenciar entre del residente, del tutor y del sistema. El residente puede tener problemas en la vida personal (emigración, mudanza, matrimonio o divorcio, hijos..), enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, conflictos interpersonales o dificultades en el aprendizaje. Las propias expectativas del aprendiz, asunciones y reacciones al problema percibido (sensación de fuera de lugar, inseguridad, sobrepasado, angustia, miedo a perder el control). El mismo hecho de tildar al residente como “problema” también puede afectar su aprendizaje y se debe evitar todo tipo de calificación despectiva.

El sistema puede ser también un problema: sobrecarga de trabajo, responsabilidades poco claras, pacientes difíciles, inconsistencia en la supervisión y una falta de feedback o aprecio. Es importante identificar los problemas del sistema, así como asegurarse de que el sistema apoya al tutor.

El tutor trae consigo sus propias experiencias, expectativas, asunciones y sesgos. Cada uno debe conocer por lo tanto en qué medida está contribuyendo al problema identificado y cuáles son los sentimientos que éstos despiertan (negación, evitación, el deseo de proteger a esa persona, angustia o frustración, impotencia o aceptación)

Es especialmente crítico el primer año de residencia. El impacto que padecen los residentes al entrar en su período de formación es enorme. Por ello se debe estar atento a su evolución, es el momento en que los tutores deben conversar con otros tutores y frecuentar las tutorías con los nóveles residentes. Una reciente encuesta a residentes estadounidenses puso de manifiesto en residentes de segundo año que el 53% habían sufrido menosprecio y humillación (por compañeros, staff o enfermería), el 63% padecieron algún tipo de acoso sexual, el 45% vieron a un colega falsificar datos médicos y el 70% vieron a un compañero trabajar en condición defectuosa (falta de

sueño). Muchos de los residentes prefirieron no comunicar estos hechos a su tutor. Como hecho positivo del estudio se vio que estos importantes problemas que tenían los residentes se podían superar con experiencias docentes positivas y, por supuesto, ausencia de maltrato.

¿CÓMO ABORDAMOS EL PROBLEMA?

Una vez definido el problema debemos reunir la máxima información ya que, en general, se realizan decisiones intuitivas sin verificar que esas intuiciones son correctas. La información que buscamos incluye: cuándo comenzó el problema, qué lo agrava, la percepción que tiene el residente de éste, las fortalezas y debilidades en las áreas de conocimientos, habilidades y actitudes, la historia relevante de la persona (estrés de su vida actual, capacidad de manejo de problemas), desempeño en otras rotaciones y percepciones y sentimientos de otros especialistas.

También es necesario observar al residente en situaciones variadas, repasar sistemáticamente los problemas de los pacientes con el residente y asegurarse que esa impresión es congruente con la de otros colegas.

Tras confirmar el diagnóstico pasaremos a la intervención y definiremos cómo se va a intervenir, quién va a estar involucrado y cuándo se va a evaluar. Involucrar al residente en el proceso de la intervención es fundamental, así como la documentación de cada paso. Es importante comunicar los objetivos y las consecuencias de no cumplirlos

Algunas acciones según cada caso pueden ser: comunicar las expectativas claramente, pasar más tiempo con el residente, continuar recabando información, reforzar la enseñanza, añadir el apoyo de otro especialista, reducir la carga de trabajo, cambiar las rotaciones y al supervisor, diseñar un programa de recuperación con objetivos definidos, estrategias y métodos de evaluación ajustado a las necesidades del residente, recomendar tratamiento médico/psicológico si procede.

Remitir al residente a Salud Laboral para una valoración específica es obligatorio en casos de consumo de sustancias o sospecha de enfermedad psiquiátrica o médica. Es importante conocer que en los Colegios de Médicos existe una consulta específica para el médico enfermo donde se conduce de forma eficaz todos estos problemas. También hemos remitido a Salud laboral en casos complicados o de duda con respecto a actitudes y comportamientos.

Es fundamental asegurar finalmente que el proceso se desarrolla adecuadamente y la

decisión final es justa. Por ello los tutores debemos trabajar coordinados y documentar todo el proceso.

La documentación de todo el proceso debería incluir:

- Evaluación de los especialistas con los que el residente ha rotado según lo comentado previamente
- Entrevistas estructuradas
- Informe del tutor

La entrevista estructurada tutor-residente es un instrumento fundamental tanto para la detección de problemas, como para la corrección. Antes de llevar a cabo la entrevista correspondiente a la rotación, el tutor recabará la información del especialista con el que está en el caso de no ser él mismo incluyendo si está disponible ya el informe de evaluación o un informe parcial. Durante la entrevista planteará al residente el análisis de su proceso de aprendizaje, logros conseguidos y dificultades.

Después de hacer el residente su autovaloración, el tutor comunicará al residente cómo ha sido su aprendizaje en ese período desde el punto de vista de los especialistas y del tutor con las competencias logradas y las que quedan por conseguir. Se informará de los problemas detectados y su gravedad. Con todo ello se invitará al residente a realizar su autoevaluación y se pondrá por escrito las acciones que se propone poner en marcha para conseguir mejorar sus resultados.

El tutor añadirá las que considere necesarias y se fijará una fecha para la reevaluación de los resultados. Es importante informar claramente de las consecuencias en caso de no lograr superar las carencias: evaluación negativa, posibilidad de período de recuperación o finalización de contrato y de residencia. Ambos firmarán esta entrevista poniendo encima de la mesa que todo este proceso iniciado es un pacto por el aprendizaje del residente.

El tutor es el principal responsable del seguimiento del residente y su implicación en el caso de los residentes con problemas es importante, pero también para él supone una situación de gran dificultad y preocupación. Es imprescindible que el tutor se apoye en otros especialistas de la unidad y del Jefe de Servicio. La toma de decisiones consensuada es la mejor opción para el residente y para el tutor.

En el caso de problemas graves que puedan dar lugar a evaluaciones negativas es imprescindible la intervención del Jefe de Estudios. En nuestro centro hemos establecido el siguiente procedimiento: El tutor informa al Jefe de estudios del problema

detectado, los resultados de las evaluaciones parciales realizadas, las entrevistas estructuradas y el plan de aprendizaje propuesto. Si es necesario en la reunión se convoca a los otros especialistas con los que ha trabajado el residente y al jefe de servicio. El plan de aprendizaje será consensuado por todos. De esta reunión el jefe de estudios realiza un acta que firman los participantes. A continuación, el jefe de estudios se reúne con el residente exponiéndole la evaluación de su aprendizaje llevada a cabo, los mecanismos de mejora puestos en marcha y los resultados que derivarán en caso de no superarlo, firmando el residente que ha sido informado.

¿QUÉ IMPLICA UNA EVALUACIÓN NEGATIVA?

El *Real Decreto 183/2008* detalla los supuestos de evaluación negativa:

- Evaluación negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, debido a insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación. En estos supuestos el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica programada que el residente deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de éste. En las evaluaciones negativas de último año, el período de recuperación implicará la prórroga del contrato por el tiempo que dure el período de recuperación. La evaluación negativa del período de recuperación implica la extinción del contrato
- Evaluación anual negativa debida a la imposibilidad de prestación de servicios por un período superior al 25% de la jornada anual. Está descrito en el punto anterior del embarazo y es ampliable a cualquier baja prolongada que cumpla esos requisitos
- Evaluación anual negativa debida a reiteradas faltas de asistencia no justificadas, a notoria falta de aprovechamiento o a insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación. En estos casos el Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato.

El residente podrá solicitar la revisión de las evaluaciones en los 10 días siguientes a su publicación y la Comisión de Docencia tendrá que reunirse dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud. La Comisión a la vista del expediente del residente y de las actas del Comité de Evaluación, formulará preguntas al residente y decidirá por mayoría absoluta de sus miembros la calificación definitiva del año formativo que se trate. En el caso de evaluación negativa de último año, el residente podrá solicitar su revisión ante la comisión nacional de la especialidad y solicitar la realización de una prueba.

La decisión de evaluar negativamente a un residente y por tanto decidir la extinción

de su contrato es siempre difícil y debemos asegurarnos de su pertinencia, por ello los tutores deben trabajar coordinados y documentar todo el proceso de forma detallada.

Antes de llegar a la situación de evaluación negativa es importante valorar e identificar al “residente que no va bien”.

¿CÓMO SE PUEDEN PREVENIR LOS PROBLEMAS DE DESEMPEÑO?

Como tutores es importante ser conscientes del estrés de la residencia y ofrecer siempre un apoyo para el manejo de asuntos frecuentes. También es importante crear un ambiente de educación que permita diferencias entre los residentes, un *feedback* a tiempo y una comunicación de ida y vuelta continua para que los problemas sean identificados tempranamente y que las evaluaciones no sean una sorpresa. Se debe contar con otros facultativos que actúen como mentores para que los residentes puedan recibir apoyo y exista una atmósfera de confianza y respeto.



CAPÍTULO 11

ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE TUTORES. PROYECTO DOCENTE

ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE TUTORES. PROYECTO DOCENTE

Dr. Ángel Luis Bueno Horcajadas. Especialista y tutor de Radiodiagnóstico.

MARCO LEGAL

La legislación sobre formación sanitaria especializada se inicia con a *Ley General de Sanidad de 1986*, pero no es hasta el *Orden 1995* cuando aparece la figura del tutor y finalmente en el *Real Decreto de 2008* donde se definen sus funciones y forma de nombramiento.

La *Ley General de Sanidad de 1986* (*Ley 14/1986*, BOE 29-4-1986) establece los elementos fundamentales para garantizar este derecho en un Sistema Nacional de Salud (SNS) que funciona coordinada con la dirección de las Comunidades Autónomas (CCAA), y se financia con fondos públicos. Se establece la **formación** del personal de la organización sanitaria como una de las actuaciones sanitarias (art. 18). Se expone que “toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales” (art. 104.1). El Estado tendrá la función de **homologar los programas de especialización sanitaria** y regular la obtención de **títulos académicos** (art. 40), con un desarrollo legal dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y del Ministerio de Educación y Ciencia (MEC). En el *Real Decreto 127/1984*, se regula la formación médica especializada en un **sistema de residencia**. Se define la figura del médico residente (art. 4.1) y las características generales del programa de formación especializada (art. 7), que junto a la labor asistencial, se realiza con contrato laboral. MSC y MEC conjuntamente establecen los requisitos de acreditación generales de centros y unidades docentes (art. 6-1), con la colaboración de las Comisiones Nacionales de Especialidad y del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (art. 16), con la labor consultiva, entre otras, de los expedientes de acreditación de centros y unidades docentes. El **Manual de Acreditación de Centros Docentes** (MACD) marca las directrices generales de cumplimiento, considerando recursos estructurales (de espacio físico, edificio, número de camas y consultas, etc), humanos (plantilla de especialistas),

materiales (medios informáticos, biblioteca, instrumental), organizativos y de resultados (asistencial, docente e investigación). Primero se debe solicitar acreditación global del centro en su conjunto, y una vez conseguida, se puede solicitar acreditación para formación de especialidades, para las que el centro se considere capacitado; y debe estar firmada, tanto una como la otra, por el responsable máximo del centro. Los centros docentes tienen la obligación de disponer de una comisión de docencia (CD) (art. 12).

En la *Orden de 22 de junio de 1995* se regula con detalle las CD y los sistemas de evaluación de la formación de médicos especialistas; y la figura del **tutor de programas de formación especializada** o tutor de residentes de cada especialidad, se establece:

“La designación de tutor se efectuará por la Gerencia o Dirección del hospital a propuesta del Jefe de la Unidad Asistencial que corresponda, entre facultativos de la institución que se encuentren en posesión del Título de Especialista que proceda”.

“El tutor será nombrado por un período igual al de la duración de la formación en la especialidad. Finalizado dicho período será necesaria la expedición de un nuevo nombramiento, que podrá recaer nuevamente en el tutor saliente”.

El *Real Decreto 183/2008* de 8 de febrero, establece en su apartado IV los “Criterios comunes respecto a la asignación, evaluación y reconocimiento de la figura del jefe de estudios de formación especializada”, y en su apartado V, el “Criterio común para el nombramiento de tutores”:

“El nombramiento del tutor se efectuará por el órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la comisión de docencia y previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente, o, en su caso de enfermería, entre profesionales previamente acreditados, que presten servicio en los distintos dispositivos interesados en el centro o unidad docente y que ostente el título de especialista que proceda”.

La acreditación de ambas figuras se hará en los términos concretos que determine cada comunidad autónoma (CCAA) (art. 10.1 de la *Ley 44/2003*, de 21 de noviembre). En la actualidad las comunidades que han desarrollado la normativa que regulan dicha acreditación contemplan varios aspectos que la Comisión de Docencia valorará en el tutor:

- **Requisitos** para ser candidatos:
 - Ser especialista de la especialidad a la que se opta a ser tutor.
 - Experiencia mínima de 2 años desempeñando actividad asistencial en el centro o unidad.

– Se recomienda que la CD pueda determinar si las responsabilidades de gestión puedan ser causa de no acceder a la tutorización. En este sentido la dificultad mayor se plantea en unidades pequeñas en las que el responsable asistencial es también tutor.

- Informe del Jefe de Unidad

- Los candidatos además se recomienda sean valorados con dos instrumentos:

- **Proyecto docente:** documento en el que el tutor estructura sus objetivos para su tarea tutorial: desarrollo del itinerario formativo de la especialidad en las áreas clínico-asistencial, docente, investigadora y de gestión; y objetivos de mejora de la calidad de la unidad docente, actividades de seguimiento de la formación (entrevistas estructuradas, asunción progresiva de responsabilidad, adecuación al itinerario formativo, actividad docente e investigadora, y planteamientos de mejora), evaluación formativa (evaluación continuada con el cumplimiento y conocimiento de las evaluaciones de cada rotación, cumplimiento del Plan Transversal Común y evaluación anual), forma de colaborar en la formación de los residentes de otras especialidades (anexo 3).

- **Currículo docente:** centrado en los últimos 5 años y estructurado en requisitos, formación realizada destacando la de metodología docente, actividad investigadora, docente, de gestión clínica y de compromiso con la organización. (anexo 4).

- La opinión de los residentes que van a ser tutorizados es importante y se puede recoger en forma de encuesta anónima. La encuesta debe valorar la profesionalidad y capacidad docente del candidato. La validez de una encuesta depende del número de residentes que contesta y podría ser útil si al menos el 75% de los residentes de la unidad la contestan. La comisión de docencia valorará de forma detenida aquellos candidatos cuyas encuestas revelen destacados conflictos con los residentes. En nuestro centro utilizamos el siguiente modelo:

Valoración realizada por los residentes

Su trato con los residentes es correcto y apropiado

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	--------------------------------	------------	----------------

En su trabajo cotidiano demuestra una actitud docente con los residentes

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	--------------------------------	------------	----------------

Participa con frecuencia en las actividades docentes del servicio y muestra interés por ellas

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	--------------------------------	------------	----------------

Es referente (modelo) para mí como profesional. Encuentro en su desempeño profesional elementos que imitar (responsabilidad, solvencia, dedicación, habilidades de comunicación, habilidades técnicas...)

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	--------------------------------	------------	----------------

Considero que puede ser para mí un buen tutor(a)

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	--------------------------------	------------	----------------

- La CD valora los candidatos a tutor mediante: el informe del Jefe de Unidad, el proyecto docente, el currículum docente y las encuestas de los residentes, con ello remitirá la resolución del nombramiento a la Dirección Gerencia. En un futuro cuando todas las Comunidades Autónomas desarrollen su procedimiento de nombramiento de tutor cada centro y Comisión de Docencia modificará su procedimiento.

Hay que destacar el protagonismo del proyecto docente, ya es el punto de partida del planteamiento de trabajo del futuro tutor. En nuestro centro recomendamos a los futuros tutores hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cómo vas a organizar la formación del residente a lo largo de los años de especialidad en relación a las áreas competenciales del programa?
 - Área docente de competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética.
 - Área docente de competencias de conocimientos de la especialidad.
 - Área docente de competencias de habilidades de la especialidad.
 - Área docente de competencias relacionadas con la prevención y educación sanitaria.
 - Área docente de competencias relacionadas con la formación e investigación.
- ¿Qué objetivos y contenidos vas a desarrollar con el residente a lo largo de los cuatro- cinco años?
- ¿Cómo vas a llevar a cabo la tutorización continuada?
- ¿Cómo vas a hacer la evaluación continuada de tu residente?
- ¿Cómo vas a colaborar en la formación de los residentes de otras especialidades que rotan en tu unidad?

También es oportuno ver cómo se ve el propio tutor y para ello es bueno que se pregunte por qué quiere ser tutor y piense cuál es su situación actual respecto a las cuestiones que siguen a continuación

Tengo una actitud positiva ante la especialidad
Dispongo del tiempo adecuado para la correcta tutorización del residente
Poseo buena capacidad de trabajo en equipo
Mi trabajo está bien organizado
Habitualmente realizo integración de los factores psíquicos, sociales y biológicos en la atención a los pacientes
Tengo adecuadas habilidades de comunicación y relación con los pacientes, en la mayoría de las situaciones
Uso eficientemente los recursos disponibles

La opinión de los compañeros de la unidad cerraría la visión 360° sobre el tutor y sería oportuno saber si:

Trabaja en equipo de forma adecuada
Participa activamente de las actividades asistenciales de la Unidad
Participa activamente de las actividades de calidad del centro
Participa activamente de las sesiones docentes ¿cuántas sesiones ha impartido en el último año?
Utiliza de forma eficiente los recursos disponibles ¿cómo son sus datos de actividad asistencial respecto a la media de la unidad
Tiene cualidades profesionales y humanas para ser tutor.

Re-acreditación del Tutor de Residentes

En el *Real Decreto 183/2008* se regula también la re-acreditación del tutor, una vez finalizado el período de validez de la acreditación inicial (equivalente al período de formación de la especialidad), con la finalidad de garantizar el mantenimiento de las competencias del tutor. Se trata de evaluar el mantenimiento y mejora de los criterios de la acreditación inicial, siendo recomendable:

- Actualización del curriculum de los últimos 5 años
- Nuevo proyecto docente
- Opinión de los residentes

Número de Tutores de Residentes de una Unidad Docente

El trabajo vinculado a las Unidades Docentes ha aumentado sensiblemente en los últimos tiempos, con el desarrollo de la legislación en post de garantizar una formación de calidad. El trabajo burocrático que ello conlleva: organización y evaluación de cada rotación (internas y externas al centro docente), evaluación anual, entrevistas estructuradas, reuniones, memoria anual del residente y del tutor, actividad docente e investigadora, con sus respectivos informes normalizados; a todo ello se añade la cobertura de la formación de rotantes externos, que en algunas especialidades no supone una actividad menor, supone un trabajo que puede resultar excesivo para un número no adecuado de tutores. El *Real Decreto 183/2008* establece el máximo de residentes por tutor en 5. No está especificado el mínimo. En Medicina Familiar y Comunitaria se establece el máximo en 2 residentes. En atención especializada es recomendable tener en cuenta los residentes rotantes además de los residentes propios, sobretodo en aquellas con muchos residentes externos.

El trabajo del tutor tendrá un reconocimiento como tarea de gestión y una dedicación específica a la tutoría con horas sin asistencia por cada residente.



CAPÍTULO 12

FORMACIÓN DEL TUTOR

FORMACIÓN DEL TUTOR

Dra. Ana Isabel Huelmos Rodrigo. Especialista y tutora de Cardiología.

INTRODUCCIÓN

Los tutores son los responsables de supervisar, orientar y ayudar al residente durante su formación para que adquieran los conocimientos teóricos y prácticos tal como se detallan en los programas docentes. Los tutores serán capaces de desarrollar estos programas, implantarlos en la práctica, dentro del trabajo diario y conjuntamente con el residente. Los tutores deben tener capacitación en metodología docente, y experiencia en metodología educativa. Es decir deben tener competencia docente. Para ello la Unidad Docente debe facilitar actividades que permitan el mantenimiento y la mejora de la competencia del tutor tanto en área clínica, como de investigación, y sobre todo en el área de formación específica (comunicación médico-paciente, atención a la familia y a la comunidad, gestión clínica, bioética y razonamiento clínico).

Siguiendo la Guía Pedagógica para personal de salud de Guilbert para formar a residentes, debemos establecer unos objetivos formativos generales, intermedios y específicos y traducirlos en funciones, actividades y tareas profesionales concretas, ya que «si no está usted seguro al lugar que quiere ir... ¡corre el riesgo de encontrarse en otra parte! (y no darse cuenta)».

Los tutores vamos a partir del programa docente, utilizando la estructura docente, para desarrollar un proceso de enseñanza-aprendizaje. De forma sistemática, los tutores reconocen sus déficits en metodología y técnicas docentes, siendo además una de las necesidades de formación continuada más demandada.

FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN DE TUTORES

El plan de formación de tutores debe ir encaminado a cubrir al menos, aquellos requisitos

que se les exigen en la acreditación-reactuación y han de tener como punto de mira las necesidades de formación del residente

Los tutores deberán poder acceder a formación en al menos 4 áreas formativas:

- **Área clínica:** Programa formativo de la especialidad
- **Área de investigación**
- **Área docente**
 - Métodos educativos y recursos didácticos
 - Técnicas de evaluación
- **Área de formación específica**
 - Técnicas de comunicación
 - Relaciones interpersonales y motivación
 - Habilidad negociadora y diplomática
 - Bioética
 - Gestión clínica

FORMACION DEL TUTOR EN METODOLOGIA DOCENTE

Es uno de los pilares de la formación del tutor.

Concepto de efectividad docente

El concepto de efectividad (eficacia) se recoge de las experiencias y los trabajos sobre calidad. A partir de éste, y por similitud, se propone el concepto de efectividad docente, que sería conseguir el efecto que se persigue, en este caso que se produzca un aprendizaje efectivo.

Principios básicos del aprendizaje de adultos

La formación del tutor en metodología docente comprende conocer los principios básicos del aprendizaje de adultos (tabla 1) y formarse en los métodos educativos utilizables en postgrado.

Es preciso señalar que el aprendizaje de los especialistas sanitarios se produce fundamentalmente mediante la práctica supervisada junto a un tutor "experto" y con una

asunción de responsabilidad y autonomía creciente de los MIR. El tutor deberá promocionar una búsqueda activa de información de calidad y pertinente para la toma de decisiones clínicas y para la disminución de la incertidumbre y de la variabilidad de los MIR en dicha toma de decisiones. Si además se promueve un adecuado desarrollo de la capacidad de valoración crítica de los MIR de la información encontrada, el aprendizaje será aún más efectivo.

Tabla 1. Principios de formación de adultos

A LOS ADULTOS LES MOTIVA APRENDER

• Lo que es relevante en situaciones concretas
• Lo práctico más que lo teórico
• Lo que se centra en problemas
• Lo que tiene en cuenta su experiencia
• Lo que se dirige a sus necesidades
• Lo previamente negociado
• Lo que les implica, lo participativo
• Cuando se tiene en cuenta su ritmo
• Cuando el aprendiz es parte activa del aprendizaje
• Cuando se promueve una relación entre iguales
• Lo que fomenta la autoevaluación o evaluación entre compañeros
• Cuando el papel del “profesor” es facilitar la adquisición de conocimientos y no proveerlos directamente.

Es por lo tanto muy importante fomentar la enseñanza centrada en el que aprende y la comunicación efectiva en docencia y sus principios básicos. Siguiendo los postulados de Carl Rogers- La enseñanza médica es un proceso muy complejo que requiere habilidades en comunicación y en dinámica de grupos, y dedicar la adecuada atención a que exista una confianza y un clima adecuado para la formación, se promueva una continua adaptación docente tutores y residentes y se utilicen en la formación modelos centrados en el alumno, con especial atención a sus necesidades y a su ritmo de aprendizaje.

Para ello es necesario que los tutores conozcan:

- Los fundamentos de la enseñanza de adultos
- Cómo se aprende de la experiencia

- Cómo hacer comunicación empática
- Cómo fomentar la enseñanza no directiva
- Cómo dar y obtener feed-back
- Cómo fomentar la reflexión/ autorreflexión del que aprende
- Cómo presentar casos clínicos centrados en el paciente (en el convencimiento de que difícilmente se puede promover el aprendizaje centrado en el que aprende, por tutores que no practican la atención centrada en el paciente)

Según estas premisas resultará especialmente útil propiciar el aprendizaje por el descubrimiento, el aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP), las estrategias para ayudar a la toma de decisiones clínicas y para disminuir la incertidumbre de los MIR (entre ellas la MBE), el manejo de prescripciones educativas, etc. También convendrá que los tutores estén formados suficientemente en las reglas del feed-back, y que conozcan suficientes técnicas de motivación, supervisión y evaluación (formativa y sumativa).

También será recomendable que los acuerdos formativos en la medida de lo posible se hagan explícitos en adecuados contratos pedagógicos.

Los adultos son competentes para elegir su formación.

La necesidad sentida del “conocimiento” en relación con su práctica profesional representa una de las motivaciones más importantes para aprender.

Los adultos desean aplicar los nuevos conocimientos y habilidades cuanto antes a su práctica profesional y dan mayor importancia a lo que representa cambios y mejoras para dicha práctica.

El papel del tutor es sobre todo facilitar la adquisición de conocimientos y no proveerlos directamente.

Técnica del *feedback* docente

Tiene un enorme potencial para motivar a los residentes/estudiantes y ayudarles a mejorar, manteniendo su autoestima. Se presenta así esta técnica como un antídoto contra el efecto Pigmalión que hace que los alumnos actúen de la forma que les gustaría a sus tutores y no aplicando sus propias soluciones.

En el ámbito de la psicología y concretamente de la motivación, Rosenthal demostró como las expectativas o sesgos de un investigador influyen en el comportamiento de los sujetos estudiados, independientemente del contexto o ámbito en el que la investigación se lleve a cabo. En los contextos docentes Rosenthal (1991) explica que el maestro actúa convirtiendo sus percepciones sobre cada alumno en una didáctica individualizada que le lleva, constructiva o destructivamente, a confirmar esas percepciones. El significado científico de este efecto es que *“Las expectativas y previsiones de los profesores sobre la forma en que de alguna manera se conducirían los alumnos, determinan precisamente las conductas que los profesores esperaban”*.

¿Qué es el feedback?

Dar *feedback* no es solo enjuiciar o evaluar, es ayudar a los aprendices a comprender y a obtener nuevas perspectivas sobre sus fortalezas y debilidades, sin las cuales estos no podrían progresar o resolver sus dificultades. Por esto, las habilidades fundamentales son escuchar y preguntar y no, hablar y ofrecer soluciones.

Para un tutor es fundamental saber dar *feedback* al residente sobre sus tareas cotidianas o ciertos períodos de su rotación. El *feedback* consiste en ayudar a entender al alumno cualquier tema que no esté claro, a mejorar su forma de actuar en situaciones concretas o a mejorar sus habilidades. El *feedback* eficaz debería hacerse sobre un tema o situación de aprendizaje específico, de forma frecuente, justo al terminar ese momento educativo (de forma cercana en el tiempo al evento), y dar origen a un plan de aprendizaje.

Algunos datos basados en la evidencia

Los estudiantes y residentes quieren recibir *feedback*. Un 95% piensa que es importante para ellos (Jackson et al, 2002) y el recibirlo creen que es un signo de calidad docente (Torre et al 2003). Sin embargo lo que normalmente reciben es un *feedback* inespecífico y breve (del tipo “muy bien”, “de acuerdo”) cuando no negativo (“esto no me gusta”, “no deberías haberle mandado a este paciente esto”) (Jackson et al, 2002).

Las razones por las que posiblemente los tutores den solo un *feedback* mínimo o no lo den en absoluto (Dobbie y Tysinger, 2005) son:

- la ausencia de habilidades para hacerlo por falta de entrenamiento,
- el temor de ofender o molestar al alumno o a que la relación entre aquel y el alumno/residente se vea afectada,
- el de mantener la autoestima de este,
- el temor a que el alumno muestre resistencia o defensa al recibir críticas y esto no se

sepa manejar adecuadamente dando lugar a opiniones que se arrastran a partir de entonces en la relación.

Un problema es que el *feedback* negativo puede confundirse con la crítica destructiva. Pero es mucho más fácil criticar que dar *feedback* negativo de manera sensible. La tabla siguiente resalta esas diferencias:

CRITICA	FEEDBACK
se centra en la persona	se centra en temas o problemas
mira hacia el pasado	mira hacia el futuro
culpabiliza	mira cómo solucionan conjuntamente los problemas (ofrece alternativas)
hace generalizaciones	se centra en episodios o situaciones particulares (hechos concretos)
dice "siempre" o "nunca"	hace comentarios muy específicos ("cuando le dijiste al paciente... ¿en que estabas pensando?")
comienza desde una postura de hostilidad o agresión	usa un acercamiento amistoso y positivo

Feedback constructivo (positivo o negativo)

Para evitar la crítica, es importante desarrollar las habilidades para dar *feedback* constructivo ya sea positivo o negativo. Este tipo de *feedback* sí ayuda a capacitar al aprendiz ya que sobre todo no hace juicios de valor o comentarios personales.

Decálogo para dar *feedback* constructivo

- 1. Ser claro sobre lo que desea decir:** evite reacciones emocionales; tal vez, escríbalo antes o practique primero con otra persona.
- 2. Comenzar con lo positivo:** si hay que mejorar algo, las personas necesitan saber dónde están sus puntos fuertes, y luego dónde hay que esforzarse más. Además, así queda claro que se reconocen y valoran los puntos positivos, muchas personas aceptan con más facilidad actuar sobre los negativos.
- 3. Ser específico:** tanto si el *feedback* es positivo o negativo, sea lo más específico que pueda.
- 4. Centrarse en el comportamiento, no en la persona:** al dar *feedback* existe el peligro de describir lo que nos gusta o disgusta de esa persona, en vez de cómo se

siente usted sobre las cosas útiles o inútiles que hace esa persona. Así, en vez de decir: “No puedo tener confianza en ti”, intente decir: “Me siento decepcionado porque no has hecho la consulta como me habías dicho”.

5. **Referirnos sólo al comportamiento a cambiar:** el *feedback* que menciona aspectos de una persona sobre los que ella no tiene control es muy desmoralizador. Además, hay que recordar que las personas somos incapaces de enfrentarnos a más de uno o dos puntos negativos a la vez. Por lo tanto, ¡no hagamos una lista numerada de puntos negativos!.
6. **Ofrecer alternativas:** “El hecho de que no mantuviste contacto visual con el paciente puede parecerle a él poco empático. Por ejemplo, hubiera ayudado que le hubieras mirado más, y le hubieras saludado al entrar, o hubieras sonreído al sentarse”.
7. **Ser descriptivo más que evaluativo:** basamos nuestros juicios en nuestros valores que reflejan nuestras creencias sobre lo que es “bueno” y “malo”. Pero no se puede suponer que todo el mundo tenga los mismos valores que nosotros. Así es mejor explicar que es lo que hace que te sientas como te sientes. Diciendo simplemente: “Esto no está bien”, no le dice nada a la otra persona; es mucho más útil decir algo como: “La tabla 2 me parece correcta, pero si tal vez los datos se verían mejor si los expresas en porcentajes...”
8. **Personalizar el *feedback*:** que no parezca que tu *feedback* es una conclusión universal, sino que la personalice: “Yo creo...” o “Desde mi punto de vista...”.
9. **Dejar al aprendiz alguna elección:** dé el *feedback* de una forma que el aprendiz sienta que puede decidir cómo actuar, que las correcciones son su propia responsabilidad.
10. **Siempre con mucho respeto y amabilidad:** Esto cuesta muy poco

IMPORTANCIA DE LA FORMACION DEL TUTOR

Cada tutor tiene su propio estilo de tutorización pero todos ellos deben ser capaces de:

- Comunicar (empatía)
- Estimular (incentivar, impulsar e ilusionar).
- Transmitir información oportunamente
- Explorar las expectativas y actitudes del residente
- Favorecer el diálogo

La importancia de la figura del tutor en la adecuada formación de residentes determi-

na que las Administraciones Sanitarias favorezcan el aspecto de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en la práctica clínica y en metodología docente facilitándoles el acceso a una formación continuada específica.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE FORMACIÓN PARA TUTORES POR PARTE DE LA UNIDAD DOCENTE

La Unidad Docente debe facilitar que cada tutor pueda realizar un plan personal de formación.

Un Plan Personal de Formación (PPF) es una herramienta que permite de manera sistemática identificar y dirigir las necesidades de formación de los profesionales, mediante la elaboración de un plan en el que se especifica cómo se han identificado las necesidades, los objetivos que se pretenden alcanzar y los métodos que se van a utilizar para ello.

Sus características principales son:

- Aprendizaje basado en problemas: La adquisición de conocimientos se basa en necesidades detectadas por los profesionales
- El proceso estimula la autorreflexión: Este sistema desarrolla habilidades para la reflexión sobre las necesidades de formación
- La formación puede alcanzarse por diferentes vías: Según el tipo de necesidades están podrán alcanzarse por diferentes métodos (rotaciones prácticas, cursos a distancia, talleres, autoformación, etc...)
- La autoevaluación de los resultados del aprendizaje es parte del proceso de aprendizaje: La autoevaluación del progreso se integrará dentro del proceso para considerar que se ha completado el programa

Los pasos a seguir para elaborar este plan personalizado pueden apreciarse en la tabla 2.

Tabla 2. Pasos para elaborar un plan personal de formación

1. Identificar las necesidades de formación
2. Especificar los objetivos formativos de forma clara y comprobables.
3. Especificar los métodos de aprendizaje más adecuados para alcanzar cada objetivo..
4. Especificar los métodos de evaluación
5. Llevar a cabo el Plan
6. Evaluarlo.

Identificación de las necesidades de formación.

Existen múltiples vías mediante las cuales se pueden identificar las necesidades de formación.

El sistema más básico es reflexionar sobre si el aprendizaje refleja en lo que actualmente estás o no trabajando, reflexionando sobre que áreas te interesan o no, aquellas en las que te gusta formarte o en las que no y en aquellas áreas que deberías formarte por necesidades clínicas o institucionales (en el caso de los tutores podríamos incluir los criterios de acreditación dentro de las necesidades institucionales).

Sin embargo este sistema puede dar lugar a identificar antes lo que quieres que lo que necesitas, por lo cual es importante utilizar sistemas que pongan de manifiesto de manera objetiva nuestras reflexiones. Existen diversos métodos que nos van a permitir detectar aquellas “zonas oscuras” de nuestra formación.

Dentro de los métodos para detectar necesidades formativas asistenciales podemos destacar:

- Incidentes críticos
- Videgrabación de las consultas
- Análisis de los contactos con los pacientes (PUNs y DENs)

Entre los métodos para detectar las necesidades formativas institucionales podemos destacar:

- Indicadores de prescripción, derivación, pruebas complementarias.
- Criterios de acreditación.
- Carrera profesional, portfolio sumativo, recertificación, etc...

Especificar los objetivos de formación

Una vez hemos detectado las áreas en las que deberemos formarnos, tenemos que transformarlas en objetivos de formación. Los objetivos deberemos redactarlos de manera que sean específicos, medibles, alcanzables y relevantes.

Especificar los métodos de estudio

Después de haber realizado la detección de las necesidades de formación, habrá que especificar los métodos de aprendizaje para conseguirlos.

Existen múltiples métodos de formación como pueden ser lectura de artículos o guías, cursos, talleres, sesiones, rotatorios clínicos, investigación, etc...

Es aconsejable utilizar aquellos que puedan cubrir mayor número de necesidades y resulten más cómodos para los profesionales.

Planificar la acción

Una vez hemos realizado la detección de las necesidades de formación y hemos determinado podremos corregirlas, deberemos priorizarlas teniendo en cuenta entre otras:

- Que algunas son más fáciles de detectar que de corregir (p.e. todas las que hacen referencia a actitudes)
- Número de necesidades semejantes
- Las implicaciones en la formación del residente y si los déficit son áreas fundamentales en las que éste se ha de formar
- Las implicaciones para los pacientes

Métodos de evaluación

Entre los métodos de evaluación se incluyen todos aquellos documentos que justifiquen que se han realizado las actividades planificadas.

Destacando el portfolio de aprendizaje, el cual no es más que la recogida las certificaciones de aquellas actividades regladas que se hayan realizado, junto con un registro de cada una de ellas de la necesidad a cubrir y la valoración de la utilidad de la misma.

Otros métodos pueden ser la búsqueda y revisión de guías o protocolos o la realización de temas evaluados críticamente. La elección de uno u otro dependerá de los métodos elegidos para alcanzar las necesidades identificadas, y al igual que estos podemos emplear más de uno en el PPF.

Oferta formativa por áreas competenciales

- **Esenciales:**
 - Razonamiento clínico.
 - Gestión de la atención.
 - Comunicación asistencial (entrevista clínica...)
 - Bioética

- **Metodología docente** (técnicas pedagógicas para la tutorización y para un aprendizaje efectivo)
- **Investigación**

Se debe incidir en la necesidad de ofertar actividades de formación en Metodología Docente aplicada a todas las áreas competenciales, pero especialmente en las áreas esenciales. Debería existir en cada Unidad Docente la oferta de formación en cada área competencial esencial y oferta de formación en metodología de enseñanza de esta área. En anexo 1 se puede apreciar a modo de ejemplo los cursos que se pueden ofertar.

RECURSOS NECESARIOS PARA LLEVAR A CABO EL PLAN DE FORMACIÓN

Tiempo

Tanto el análisis y reflexión sobre nuestra actividad (incluyendo el conocimiento del nuevo programa), así como el desarrollo del Plan Personal de Formación (PPF) requiere un tiempo, que si bien una vez se ha adquirido la práctica de realizar la reflexión es menor, en un principio debería articularse una serie de tiempos “protegidos” para ello.

Las Administraciones Sanitarias deben favorecer el mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores y deben favorecer las condiciones asistenciales y docentes adecuadas:

- Presión asistencial regulada.
- Tiempo específico par la docencia.
- Apoyo de la estructura docente.

Recursos humanos.

Inicialmente es importante que los tutores cuenten con un “tutor” o supervisor (etc...) que puede ser el mismo coordinador si está formado para ello o un técnico al que le encargue la tarea. El supervisor tendría que supervisar las primeras fases de elaboración del PPF (sobre todo la parte de objetivos, actividades, etc...) para evitar que después de haber invertido una serie de tiempo y esfuerzo por parte de cada tutor, no se alcancen los objetivos planteados, lo cual llevaría al desánimo. Esta tarea puede realizarse bien con supervisión directa, o bien vía internet, como se está haciendo en Inglaterra.

Recursos docentes

Sería necesaria que los tutores se fuesen formando en diferentes áreas, empezando por el programa, ya que es importante saber lo que el tutor tiene que enseñar, para detectar lagunas de formación.

Otras necesidades de formación serían todas aquellos "instrumentos" a utilizar en el PPF como el self-audit, análisis de videograbaciones de la consulta, análisis de incidentes críticos, elaboración de portafolio, así como los citados en la introducción, etc...

Para cada tipo de necesidades los recursos formativos deberían adaptarse a cada UDD pero en general podría seguirse el siguiente esquema:

- Conocimiento de programa de la especialidad: se podría utilizar un instrumento del tipo del que se utiliza en diferentes UDD para la valoración formativa del residentes (check-list de objetivos) para que los tutores puedan de una manera más o menos rápida y sencilla chequear aquellas áreas mas deficitarias.
- Herramientas propias del Plan Personal de Formación: lo más operativo sería utilizar un mecanismo de formador de formadores como formación de técnicos en la UDD, estos a su vez formarían a formadores claves por centros o áreas (dependiendo de la dispersión, recursos, etc...) y estos a los tutores de los centros pudiendo incluso realizarse esta última fase en horario laboral en los centros a modo de sesiones.

ANEXO 1

Ejemplo de oferta docente a tutores

CURSOS PRESENCIALES	
	Contenidos
Curso básico de Entrevista Clínica	Analizar los objetivos de una entrevista clínica y distinguir las estrategias comunicativas más útiles para conseguir dichos objetivos. Adquirir habilidades básicas que permitan poner en marcha dichas estrategias en la consulta.
Curso de formación de tutores en técnicas de enseñanza de entrevista clínica	Curso que permite aprender simultáneamente técnicas básicas de comunicación médico-paciente y técnicas de enseñanza de la entrevista clínica.
La evaluación de los especialistas en formación y algunos de sus instrumentos	Conocer los diferentes tipos de evaluación que existen así como los instrumentos que se utilizan para su desarrollo en la evaluación de residentes. Conocer los procedimientos de evaluación existentes para la evaluación de las Unidades Docentes y de los tutores.
Herramientas informáticas	Manejo de herramientas informáticas básicas aplicadas a la docencia e investigación: Búsquedas y utilización de recursos de Internet, procesadores de textos, bases de datos, presentaciones gráficas.
Utilización de Internet en la docencia e investigación	Conocer la utilidad de Internet aplicada a la docencia e investigación: Introducción. Concepto de redes. Internet. Concepto y tipo de buscadores. Utilización de recursos de Internet. Búsquedas bibliográficas.
Metodología docente	Orientado a la adquisición de conocimientos y habilidades sobre metodología docente: Las funciones del tutor, la enseñanza centrada en el que aprende, introducción al "feed-back", gestión de conflictos en la relación tutor-residente, tutorización activa continuada, etc...
Herramientas para la recogida y elaboración de datos científicos	Orientado al conocimiento de los aspectos básicos para diseñar hojas de recogida de datos, las reglas de codificación de datos y las herramientas informáticas aplicadas a la gestión de datos científicos.
Herramientas docentes en formación en Ciencias de la Salud	Orientado a la adquisición de conocimientos y habilidades sobre técnicas docentes: Sesiones clínicas basadas en la resolución de problemas, videgrabaciones como instrumento docente, self-audit, elaboración de un Plan de formación personalizado, principios básicos del feed-back, técnica de las 5 microhabilidades en la educación médica.
Lectura crítica de artículos científicos	Utilizar la metodología de la medicina basada en la evidencia para la lectura crítica de artículos científicos.



CAPÍTULO 13

MEMORIA DE LA TUTORÍA

MEMORIA DE LA TUTORÍA

Dr. Javier Ferrando Álvarez-Cortinas. Especialista y tutor de Radiodiagnóstico.

Dentro de las funciones del Tutor de la Unidad Docente que se establecían en la *Orden Ministerial de 22 de junio de 1995* por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas, en su disposición 7ª, apartado 3-e, se establece la obligación de la elaboración de una Memoria anual de las actividades docentes con participación específica de los Especialistas en formación de la unidad acreditada. Esta Memoria ha de ser visada por el Jefe de la Unidad, y remitida a la Comisión de Docencia o a la Comisión Asesora, según corresponda.

Por costumbre, esta Memoria anual de la Unidad Docente era solicitada por el vocal de la Comisión de Docencia representante de la Comunidad Autónoma, y aportada por el tutor durante la evaluación anual, aunque sin ser parte formal de la propia evaluación de los residentes.

El *Real Decreto 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, que deroga la anterior OM de 22 de Junio de 1995 (disposición derogatoria primera, punto 9), en su artículo 11, en el que se establecen las funciones del tutor, no hace mención expresa respecto a la elaboración de una memoria anual, aunque ésta constituya un instrumento importante para la planificación, gestión, supervisión y evaluación del proceso de formación en la Unidad Docente, que sí especifica este artículo como funciones, aunque genéricas, del tutor.

De igual forma, el Plan Nacional de Auditorías Docentes 2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social establece unos criterios de auditoría de centros docentes hospitalarios acreditados, en el que menciona expresamente a las Memorias anuales de las Unidades Docentes como fuente de información para el análisis y mejora continua,

documento que de hecho ha sido solicitado en las auditorías docentes llevadas a cabo tanto en nuestra Unidad como en la global de Centro Docente.

Este documento, además, aporta información relevante y necesaria a la Comisión de Docencia y al Jefe de Estudios para la elaboración de la Memoria Anual de la Formación Sanitaria Especializada del Centro, y para el análisis, evaluación y planificación estratégica de los objetivos docentes.

No existe ningún documento oficial que establezca los apartados que debe incluir la Memoria Anual de la Unidad Docente, ni tampoco el contenido y extensión de los mismos, quedando por tanto a criterio del tutor, aunque como mínimo deberá incluir una relación de las actividades docentes con participación específica de los Especialistas en formación de la unidad acreditada, como se establecía en la OM de 22 de junio de 1995.

El término “actividades docentes” es muy genérico, e incluye todas aquellas actividades formativas para el residente, que engloban las propiamente docentes (asistencia a sesiones, cursos, congresos, etc. y las que él mismo realiza como docente), las asistenciales (actividad asistencial normal y continuada), y de investigación (tesis doctoral, publicaciones, ponencias, comunicaciones y pósteres a congresos y reuniones científicas, etc.).

La OM de 22 de junio de 1995 establece que la memoria incluirá al menos las actividades con participación específica de los residentes. Éste es el mínimo exigible. Sin embargo, hay que considerar que la Unidad Docente no está constituida exclusivamente por el/los tutor/es y los Especialistas en formación. En la Unidad Docente está integrada también toda la plantilla, tanto el personal sanitario como el no sanitario, que también forman parte del proceso docente de la misma, y en el que toman parte activa. La inclusión en la Memoria de las actividades docentes realizadas por la totalidad de la Unidad Docente reflejará más fielmente la realidad de la misma, y proporcionará un valor añadido a la Memoria como herramienta de gestión, evaluación y control del proceso docente, que nos va a permitir detectar sus puntos fuertes y débiles, y las áreas de mejora.

La elaboración de una Memoria anual de la Unidad Docente puede y debe incluir una perspectiva muy personal por parte del tutor que la elabora, y reflejar además las características propias e idiosincrasia de cada Unidad como tal. Debe utilizar como documentos de trabajo fundamentales las memorias personales de los propios Especialistas en formación, además de la información recogida por el propio tutor y los registros de actividad asistencial, docente e investigadora del Servicio que da soporte a la Unidad Docente.

Esbozaremos a continuación una propuesta de modelo de Memoria anual, amplia y genérica dirigida a una unidad clínica, pero que es necesario personalizar en función del tipo (servicios quirúrgicos, centrales, etc), de las circunstancias de cada Unidad Docente, y de las necesidades y voluntad de precisión que requiera cada tutor en particular.

MEMORIA ANUAL DE LA UNIDAD DOCENTE DE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO..... PERÍODO 20.. – 20..

INDICE

1. Personal asistencial y docente de la Unidad
2. Medios materiales y equipos
3. Actividad asistencial de la Unidad en el año
4. Formación y actividad del personal docente
5. Otras actividades científicas de la Unidad
6. Especialistas en Formación de la Unidad Docente
 - a. Asistencia a cursos
 - b. Asistencia a congresos
 - c. Presentación de comunicaciones y pósteres a congresos
 - d. Ponencias y mesas redondas
 - e. Publicaciones
 - f. Líneas de investigación
 - g. Premios
 - h. Reuniones formales e informales de tutoría
7. Especialistas en formación de otras Unidades Docentes
8. Docencia pregrado
9. Consideraciones personales sobre la actividad de la Tutoría de la Unidad Docente

En este apartado se pueden incluir consideraciones sobre la estructura, puntos fuertes y débiles, necesidades y áreas de mejora detectadas, y otras consideraciones que desde el punto de vista personal del tutor o tutores crean necesario reseñar.



CAPÍTULO 14

QUIÉN ES TUTOR. COMPETENCIAS DEL TUTOR

QUIÉN ES TUTOR. COMPETENCIAS DEL TUTOR

Dr. José Luis Dobato Ayuso. Especialista y tutor de Neurología.

D^ª Celia Arnaiz Urrez. Psicóloga de Desarrollo de Recursos Humanos.

Dra. Ana González-Spinola San Gil, Dr. Guillermo Cacho Acosta. Dr. Rafael Timermans del Olmo,

Dra. Dolores Martín Rios, Dra. Petra Sanz Mayordomo, Especialistas y tutores de Ginecología, Digestivo, Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva y Cardiología.

Dra. M^ª Isabel González Anglada. Jefa de Estudios.

INTRODUCCIÓN

Se puede definir competencia como un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo por el cual una persona utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio-asociados a su profesión- con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica. Para el médico estas competencias, deben consistir en conocimientos médicos, habilidades clínicas, actitudes profesionales, características de comportamiento y de ética.

El tutor de residentes es el principal responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje orientado a la consecución de dichas competencias. Debe planificar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación y ser capaz de proponer medidas de mejora. Debe favorecer el autoaprendizaje, la asunción de responsabilidades progresivas y la capacidad investigadora del residente. Para lograr un residente competente es necesario mantener contacto continuo y estructurado con el residente y con los otros especialistas tanto de su Unidad Docente como de las otras Unidades por las que el residente rota

Muchas de las competencias del residente han de ser las de tutor, porque fundamentalmente es médico, pero necesita también ser un buen comunicador, investigador, planificador... sería deseable que el tutor presentara:

- Cualidades como la empatía, el respeto a los valores profesionales, dinamismo y proactividad
- Conocimientos clínicos, técnicos, formativos y de investigación con una marcada orientación biopsicosocial.
- Compromiso con la labor docente y Motivación que trasmite a los residentes.
- Iniciativa, no necesitando de un estímulo externo para actuar.
- Capacidad de interrelacionar e integrar conocimientos.
- Capacidad de transmitir conocimientos y destrezas.
- Capacidad de reflexión y autocrítica.
- Capacidad para desarrollar y estimular el trabajo en equipo.
- Capacidad organizativa
- Capacidad de creación e innovación
- Capacidad de adecuada gestión emocional

Definir el tutor ideal conlleva conocer las **necesidades de los residentes y de los tutores** definiendo con ello un **mapa de competencias**. Profundizar en las cualidades más relevantes del tutor implica una reflexión, un mejor conocimiento de sus aspectos positivos, de sus áreas de mejora y ayuda a fijar planes concretos para mejorar su gestión docente. Un tutor ideal debe saber responder de forma efectiva a las necesidades de la sociedad del siglo XXI, que demanda especialistas competentes. Modelar un tutor profesional implica definir sus funciones y objetivos para lograr el perfil más efectivo.

PERFIL COMPETENCIAL DEL TUTOR ELABORADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

En el entorno conjunto de tutores, jefatura de estudios, Recursos Humanos y Dirección Gerencia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), se abordó la necesidad de definir el perfil competencial del tutor de cara a lograr una gestión docente eficaz y elaborar el mapa competencial del tutor eficiente.

El estudio se desarrolla en 3 fases: 1ª encuesta a los residentes de último año con 15 preguntas relativas a la figura del tutor; 2ª selección de competencias con el grupo de tutores y posteriormente definición y graduación de cada una de ellas por el grupo de competencias; 3ª se remite una encuesta a los tutores que valora la importancia de cada una de las competencias.

El Grupo de Competencias formado por 6 tutores, la Jefa de Estudios y la experta de Recursos Humanos se reunió quincenalmente durante 5 meses y, mediante trabajo en equipo y debate abierto, se elaboró el Diccionario de competencias del tutor. Se definieron por consenso cada una de las competencias y se graduaron en niveles de creciente exigencia en nivel mínimo, adecuado, destacado y excepcional.

NIVELES COMPETENCIALES

El nivel mínimo recogió los comportamientos de la competencia que indica que la persona situada en este nivel está familiarizada, aprende, imita, tiene los conocimientos básicos y ejecuta acciones sencillas.

El nivel adecuado recogió los comportamientos de la competencia que indica que la persona situada en este nivel resuelve por sí solo cuestiones cotidianas, se desenvuelve con cierta autonomía, posee un buen conocimiento.

En el nivel destacado resuelve dudas de los demás, enseña, supervisa el trabajo de otros.

En el nivel excepcional la persona es el modelo a seguir, crea pautas de actuación, toma decisiones.

Dominar un determinado nivel supone dominar los niveles previos. En los niveles se detallan comportamientos observables y por lo tanto medibles.

COMPETENCIAS DEL TUTOR

Competencias profesionales

Orientación a la calidad

Sistemática de trabajo a través de la utilización de normas, maneras de hacer e información con rigor, precisión, exactitud y eficacia, con objeto de minimizar los errores y lograr estándares de calidad en tiempo y forma, en consonancia con las responsabilidades del tutor.

Ética profesional

Respeto y actuación de acuerdo a los valores profesionales, anteponiendo la profesionalidad a los intereses personales, transmitiendo al residente dichos valores mediante el comportamiento del tutor.

Capacidad y motivación docente

Transmisión de los conocimientos propios de la materia en que se está formando, así como las cualidades profesionales y humanas afines a dicha adquisición, ayudar a que el residente descubra por sí mismo su propio potencial. Evaluación objetiva de la adquisición de estas competencias.

Planificación y organización

Establecimiento y monitorización un proyecto de trabajo, para sí mismo o para otros, controlando el cumplimiento de objetivos y tiempo. Implica determinación prioridades, tiempos y recursos de manera efectiva.

Orientación al logro de objetivos

Actuación teniendo en cuenta la meta a alcanzar, salvando los obstáculos que puedan interferir en la consecución de las metas propuestas.

Competencias personales

Gestión emocional

responsabilizándose de las consecuencias de sus acciones, de sus éxitos y errores. Mostrar estabilidad de comportamiento y coherencia con sus ideas, juicios y actuaciones

Iniciativa

Anticipación a los problemas que puedan surgir, de manera autónoma, con proactividad, buscando dar solución a los posibles problemas

Flexibilidad y gestión del cambio

Asunción de los procesos de transición y cambio en pro de la mejora. Adoptando nuevos comportamientos, puntos de vista o convicciones con espíritu crítico, manteniendo la eficacia.

Competencias relacionales

Comunicación interna

Transmisión de información de forma clara y precisa al especialista en formación y a todos los profesionales que intervengan en el proceso formativo y asegurar que ha sido entendida

Fomento del trabajo en equipo

Promoción de un espíritu de cooperación, cumplimiento y compromiso con el equipo en su Unidad, orientando a los residentes hacia el logro de objetivos propuestos en el equipo, en un ambiente de respeto, colaboración mutua, exigencia profesional y personal.

Tras la definición de cada una de las competencias se detallan los comportamientos del tutor que le encuadran en cada nivel de exigencia de forma creciente desde el mínimo al excepcional, constituyendo este último el modelo a seguir. (Tablas 1-10)

Se pretendió definir de forma completa las competencias del tutor de postgrado, atendiendo a las necesidades de los residentes, de los tutores y, de forma indirecta, de la institución.

Tabla 1. Competencias profesionales 1: Orientación a la calidad

ORIENTACIÓN A LA CALIDAD

Sistemática de trabajo a través de la utilización de normas, maneras de hacer e información con rigor, precisión, exactitud y eficacia, con objeto de minimizar los errores y lograr estándares de calidad en tiempo y forma, en consonancia con las responsabilidades del tutor.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Conoce y actúa según los protocolos, guías, normas, etc, para realizar su trabajo.• Identifica y accede a fuentes de información útiles para desarrollar su actividad.• Pone en marcha mecanismos establecidos para garantizar la seguridad en el paciente.• Evalúa la actuación de acuerdo a protocolos de la unidad. Revisa los protocolos para adaptarlos a los residentes, en la medida posible.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Basa sus actuaciones y decisiones en el conocimiento científico en base a las guías clínicas consensuadas, protocolos establecidos, etc.• Trasmite al residente interés y dedicación en el desempeño de su trabajo. Conoce las consecuencias de una acción correcta o errónea dentro de su Unidad u Hospital.• Mantiene las fuentes y sistemas de información actualizados y comparte su conocimiento con los residentes
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Trabaja con sentido de la precisión no dejando “ningún cabo suelto”. Se esfuerza por controlar los factores que inciden en una situación a resolver.• Valora críticamente los protocolos, guías, maneras y usos, con el fin de mejorar la forma de desempeñar su trabajo, haciendo partícipes a los residentes y los transforma sustancialmente en soluciones prácticas y operativas.• Analiza la información y la valora críticamente. Utiliza las fuentes de información clínica y biomédica, identificando su aplicabilidad y utilidad, juzgando y desechando aquella información no válida o poco útil.• Pone en marcha mecanismos para detectar errores y evitarlos dentro de su Unidad
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Intercambia ideas, propone y discute con los residentes y colaboradores docentes o responsables, el modo de perfeccionar el trabajo y de mejorar los resultados mediante la elaboración de guías, protocolos, etc.• Busca la mejora de forma permanente en todo lo que realiza.• Identifica futuras necesidades de formación e investigación en los campos científicos que trabaja, fomenta la investigación en busca de nuevas evidencias.• Innova constantemente los métodos, materiales o tecnología basados en la evidencia a fin de optimizar la calidad, el costo y el tiempo.• Crea sistemas alternativos para que los resultados de su trabajo como tutor y de la actividad del residente en su Unidad o equipo, minimicen los errores.

Tabla 2. Competencias profesionales 2: Ética profesional

ÉTICA PROFESIONAL

Respetar y actuar de acuerdo a los valores profesionales, anteponiendo la profesionalidad a los intereses personales. Trasmitir al residente dichos valores mediante el comportamiento del tutor.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Se comporta con las mínimas normas de trato, educación, tolerancia y respeto hacia el residente, paciente y resto de compañeros.• Conoce y aplica los principios básicos éticos: autonomía del paciente, confidencialidad.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Sus comportamientos son coherentes con los valores profesionales: respeto y tolerancia, colaboración con los compañeros, altruismo, compasión, sentido del deber.• Crea un entorno de trabajo honesto y comprensivo con residentes, compañeros de ejercicio y pacientes.• Indica actuaciones poco éticas que deben mejorarse.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Se comporta con honradez, sinceridad y ecuanimidad, de manera que proporciona confianza a los demás.• Promueve entre los residentes la aceptación de los valores y comportamientos éticos sin juzgar precipitadamente, basándose en hechos fundamentados.• Prioriza el interés de desarrollo del residente.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Adopta posturas firmes y fundamentadas en sus principios y ética profesional, aunque resulten impopulares.• Guía y motiva al residente a realizar acciones que apoyen estos valores.• Escucha a los demás y considera sus ideas y opiniones de forma objetiva, incluso cuando entran en conflicto con las propias.• Reconoce y recompensa a los residentes y compañeros cuyas acciones apoyen los valores.• Cumple sus compromisos y promesas, aún por encima de sus propios intereses.

Tabla 3. Competencias profesionales 3: Capacidad y motivación docente

CAPACIDAD Y MOTIVACIÓN DOCENTE

Saber transmitir los conocimientos propios de la materia en que se está formando así como las cualidades profesionales y humanas afines a dicha adquisición, ayudar a que descubran por si mismos su propio potencial. Evaluar objetivamente la adquisición de estas competencias. Supone asimismo, poseer una inquietud y motivación por la docencia.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Se ajusta a las directrices marcadas en el itinerario de la especialidad: rotaciones, objetivos, técnicas, competencias, etc.• Evalúa objetivamente al residente según el baremo oficial.• Demuestra interés por la docencia y transmite conocimientos técnicos.• Está accesible al residente cuando lo necesita.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Cumple en su totalidad las directrices del itinerario de la especialidad.• Estimula y organiza la presentación por parte del residente de sesiones clínicas y bibliográficas en el servicio y Hospital• Evalúa las competencias adquiridas, cuantitativa y cualitativamente mediante entrevistas periódicas estructuradas.• Delega en el residente cuando ha alcanzado la preparación adecuada para su nivel.• Estimula al residente para aprender y le implica en su proyecto personal a partir de objetivos de aprendizaje.• Proporciona al residente autonomía permitiendo correr riesgos razonables que le permitan aprender de los errores.• Dedicar tiempo programado en el aprendizaje del residente.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Propone nuevas directrices en el itinerario de la especialidad con el objetivo de que el residente aprenda mejor.• Promueve la realización y preparación de trabajos, guías/vías diagnósticas y terapéuticas en colaboración con otros residentes u otro personal en la Unidad y también en el Hospital o el área de Salud.• Evalúa las competencias adquiridas mediante la entrevista estructurada con la colaboración de los adjuntos que hayan participado en la formación.• Realiza un <i>feedback</i> constructivo, oportuno y honesto acerca de su progresión para fomentar la capacidad de evaluación y autocrítica en el residente.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Colabora/dirige trabajos originales del residente en el contexto de su formación adicional externa (trabajos de master, DEA, tesis...).• Promueve la integración del residente en comisiones u órganos específicos de la institución así como externos (sociedades científicas, grupos de investigación...).• Realiza la evaluación objetiva sobre casos clínicos y situaciones conflictivas presentadas entre pacientes, familiares y compañeros..• Se compromete con el desarrollo personal y profesional del residente, de la Unidad docente y de la Docencia en el Hospital.• Transmite y contagia entusiasmo e ilusión por la enseñanza.• Propone medidas de mejora especiales en caso de que no haya conseguido la competencia de conocimiento o habilidad prevista. Se asegura que sea adquirida en la evolución del residente.

Tabla 4. Competencias profesionales 4: Planificación y organización

PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Establecer y conducir un proyecto de trabajo, para sí mismo y para otros, controlando el cumplimiento de objetivos y tiempo. Implica determinar prioridades, tiempos y recursos de manera efectiva.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Cumple horarios y tiempos asignados a las tareas. Muestra respeto y consideración por la planificación y el tiempo de trabajo de los residentes, compañeros de unidad y superiores.• Aplica los procedimientos de trabajo definidos en el Hospital.• Propone un sistema de trabajo ordenado, estructurado, que contribuye a obtener buenos resultados en las tareas.• Organiza sus tareas en función de criterios de urgencia o importancia
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Realiza sugerencias en la organización y planificación de su actividad docente.• Elabora agendas y planes de actuación apropiados, marcando objetivos a corto y medio plazo para realizar su trabajo como tutor.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Organiza y planifica actuaciones, estableciendo objetivos claros, cuantificables y realistas.• Realiza seguimientos periódicos de las actividades encomendadas.• Planifica de forma realista identificando posibles imprevistos, desviaciones y establece planes alternativos de contingencia.• Proyecta estimaciones de tiempo para realizar procesos y actividades, trasmite un adecuado sentido de la urgencia.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Maneja eficientemente prioridades conflictivas y demandas múltiples, previendo el impacto de un conjunto diverso de factores y variables.• Diseña planes a largo plazo teniendo en cuenta la evolución del residente dentro de la unidad.• Saca provecho de los recursos disponibles (individuos, procesos, departamentos y herramientas) para terminar el trabajo de forma eficiente.• Reserva el tiempo necesario para completar el trabajo propio y de otros: evita conflictos de tiempo: desarrolla guías de tiempo e hitos.• Realiza planificaciones de trabajo del equipo de residentes considerando la sincronización de la rotación con otros departamentos del hospital.• Promueve y estimula en el grupo una sistemática de trabajo estructurado y ordenado.

Tabla 5. Competencias profesionales 5: Orientación al logro de objetivos

ORIENTACIÓN AL LOGRO DE OBJETIVOS

Pensar y actuar teniendo en cuenta la meta a alcanzar. Salvar los obstáculos que puedan interferir en la consecución de las metas propuestas.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Conoce y lleva a cabo los objetivos marcados en los planes de actuación como tutor.• Realiza las tareas cotidianas y ensaña actuaciones básicas al residente, con independencia de si están o no recogidas en los planes docentes oficiales.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Optimiza los recursos y medios de los que dispone para conseguir el objetivo.• Propone metas distintas a las encomendadas para conseguirlos objetivos en tiempo y forma, que sea válido para el desarrollo como profesional del residente.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Reconoce rápido las situaciones en las que debe actuar inmediatamente y actúa logrando eficiencia, cumpliendo objetivos y tiempos incluso por encima de lo estipulado.• Controla de forma periódica los avances conseguidos con sus actuaciones e identifica los obstáculos que dificulten sus objetivos, reelaborando de nuevo las actividades a realizar.• Aporta los medios y recursos necesarios al residente para poder desarrollar su actividad en pro de la consecución de una meta.• Trabaja conjuntamente con los colaboradores en la docencia y con el propio residente, para establecer objetivos y planes docentes, adaptándolos a cada caso.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Comunica tanto a los colaboradores docentes como al residente objetivos específicos, ambiciosos pero alcanzables e identifica medidas para evaluar su consecución.• Identifica los comportamientos, conocimientos y destrezas necesarias para la consecución de los objetivos propuestos así como las acciones que ayuden a los residentes a conseguir metas importantes.• Mantiene regularmente discusiones formales con cada residente para conocer la consecución de sus metas y revisar su actuación.• Evalúa cada meta, comportamiento, conocimientos y destrezas teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta para conseguir las.

Tabla 6. Competencias personales 1: Gestión emocional

GESTIÓN EMOCIONAL

Actuar responsabilizándose de las consecuencias de sus acciones, de sus éxitos y errores. Mostrar estabilidad de comportamiento y coherencia con sus ideas, juicios y actuaciones.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Es sensato en las acciones• Analiza su actitud y comportamiento frente a su entorno laboral. Asume las críticas de los demás sin ofenderse o contraatacar con críticas personales.• Controla sus emociones negativas en situaciones cotidianas de estrés, roces y tirantes.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Asume responsabilidades y actúa en consecuencia. Acepta la autoridad y, cuando procede, muestra desacuerdo con ella sin bloquearse o generar conflicto.• Reflexiona sobre sí mismo, sobre sus capacidades, cualidades, debilidades y valores, aplica estas reflexiones para aprender a aceptarse tal como es y compensar sus carencias.• Manifiesta emociones positivas y controla sus impulsos y emociones negativas, evitando que le dominen ante provocaciones, hostilidad, presión o estrés laboral.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Antes de tomar una decisión analiza la situación, sopesa ventajas y desventajas, valora riesgos y finalmente adopta una decisión firme mostrando seguridad en su ejecución. Muestra coherencia en su comportamiento (pensamiento, sentimiento, verbalización y acción).• Se valora positivamente a sí mismo, teniendo en cuenta sus puntos fuertes para potenciarlos y considerando sus puntos débiles como oportunidades de mejora. Se recupera de los fracasos y los asume como un a oportunidad de aprendizaje y evolución personal.• Ante situaciones difíciles o tensas, controla sus emociones de forma continua actuando con calma y dominio de la situación sin que su actividad se vea mermada.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Toma decisiones con criterio incluso en situaciones difíciles. Asume las responsabilidades derivadas de su decisión. Es referente de equilibrio, prudencia, sensatez y buen juicio.• Ante el éxito y el reconocimiento público permanece estable en su actuación. Se evalúa o critica a sí mismo de forma constructiva, ajusta sus expectativas a la realidad, planteando metas realistas.• Se muestra estable emocionalmente y mantiene el equilibrio en distintos momentos y contextos, sin perder la cercanía y la accesibilidad, admite el cuestionamiento de sus conductas o decisiones, pero no las modifica por presiones o por interés propio.

Tabla 7. Competencias personales 2: Iniciativa

INICIATIVA

Anticiparse a los problemas que puedan surgir. Actuar de manera autónoma, con proactividad, buscando dar solución a los posibles problemas.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Sus comportamientos se limitan de forma genérica a responder ante requerimientos ajenos o dar respuesta a los problemas.• Completa sus tareas sin necesidad de supervisión externa y constante.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Pone en marcha proyectos o actividades sencillas en su trabajo.• Propone ideas y mejoras dentro de la actividad propia, de tutoría, sus funciones y responsabilidades.• Se adelanta a los acontecimientos en casos excepcionales.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Actúa rápido y con decisión frente a situaciones de crisis en vez de esperar a que el problema se resuelva por sí solo.• Se anticipa y prepara para aprovechar una oportunidad específica o para enfrentar un problema que no es tan obvio para los demás y que tendrá lugar a medio plazo.• Asume nuevos retos y responsabilidades dentro de su ámbito la docencia y se muestra entusiasta con ello.• Acepta riesgos calculables.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Propone y emprende alternativas con soluciones novedosas, experiencias o proyectos que influyen de forma relevante y positiva en el itinerario de aprendizaje del residente.• Implementa nuevas ideas o soluciones rápidamente, anticipándose a situaciones o problemas no evidentes y que tendrán lugar a largo plazo.• Realiza acciones de mejora que van más allá de los requerimientos del trabajo para conseguir los objetivos.• Impulsa a los residentes a poner en marcha nuevos proyectos, transmite entusiasmo y dinamismo.• Asume riesgos, habiendo hecho un análisis previo de las posibles repercusiones.

Tabla 8. Competencias personales 3: Flexibilidad, gestión del cambio.

FLEXIBILIDAD/ GESTIÓN DEL CAMBIO

Asumir los procesos de transición y cambio en pro de la mejora. Adoptar nuevos comportamientos, puntos de vista o convicciones con espíritu crítico, manteniendo la eficacia. Asimilarlos personalmente y fomentar su implantación en la organización.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Modifica sus actividades, maneras de hacer o responsabilidades, si no suponen una variación sustancial o si son sugeridos por otras personas.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Realiza cambios puntuales que responden a las necesidades del residente en su Unidad o del Hospital.• Demuestra aceptar y respetar las conductas de los residentes y colaboradores docentes aunque difieran de la suya.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Adapta su comportamiento y sus conocimientos a cada situación para conseguir resultados óptimos.• Reconoce la validez de otros puntos de vista o maneras de hacer y las adopta de buen grado si son para mejorar.• Se adecua a situaciones inestables, cambiantes o a personas o métodos sin ofrecer resistencia y siendo eficaz.• Muestra autocrítica y es capaz de realizar cambios, adquirir nuevas prácticas, actuando proactivamente.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Muestra una alta adaptación a circunstancias complejas y cambiantes, así como a personas o métodos de forma rápida y eficaz.• Es inquieto, muestra una alta autocrítica personal y de su actividad como docente, asumiendo los cambios necesarios para mejorar como tutor.• Realiza cambios estratégicos, actuando de forma proactiva, que conllevan una mejora sustancial en su Unidad y Hospital.• Colabora activamente en la implantación de los cambios y los trasmite de forma convincente a los residentes y el resto de colaboradores en la docencia.• Favorece y toma parte de la comunicación de los procesos de transición.

Tabla 9. Competencias relacionales 1: Comunicación interna.

COMUNICACIÓN INTERNA

Trasmitir información de forma clara y precisa al especialista en formación y a todos los profesionales que intervengan en el proceso formativo y asegurar que ha sido entendida.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Escucha con interés.• Cuando está en desacuerdo lo expresa proponiendo alternativas.• Comparte información relevante con los residentes y resto de profesionales implicados en la docencia.• Conoce los canales de comunicación disponibles en el HUFA y los utiliza en función de cada caso.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Adapta su estilo de comunicación a distintos interlocutores y situaciones según su situación personal, necesidades y nivel de conocimiento.• Practica la escucha activa, transmite interés, elimina posibles barreras, es asertivo.• Comunica de forma clara y precisa al residente y a los colaboradores docentes todo el proyecto formativo del residente.• En caso de información sensible lo comunica a las personas adecuadas.• Presenta ideas y conceptos con claridad, realiza preguntas para confirmar que se ha comprendido su mensaje y escucha su parecer.• Dedicar tiempo a las personas y se muestra accesible, generando un entorno de confianza y comunicación.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Transmite información de forma didáctica (clarifica los propósitos, pone énfasis en los puntos importantes, sigue una secuencia lógica). Solicita feed-back a sus interlocutores y se asegura que han comprendido su mensaje en el sentido que quiere.• Comunica temas de interés al residente relacionado con su proyecto de desarrollo (científico o profesional), así como a los colaboradores en la formación del residente.• Dedicar tiempo al residente y se muestra accesible para que le exponga sus ideas, inquietudes y problemáticas abiertamente, generando un entorno de confianza en la comunicación con él.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Promueve y propicia la comunicación entre profesionales en temas complejos y en situaciones difíciles.• Se anticipa a las posibles barreras de comunicación tomando acciones para superarlas.• Reconduce y soluciona situaciones de incomunicación o conflicto.• Estimula tanto al residente como al resto de colaboradores en la docencia a que comuniquen y hagan aportaciones que favorezcan el proyecto de aprendizaje del residente.

Tabla 10. Competencias relacionales 2: Fomento del trabajo en equipo.

FOMENTO DEL TRABAJO EN EQUIPO

Promueve un espíritu de cooperación, cumplimiento y compromiso con el equipo en su Unidad clínica. Guía y orienta a los residentes hacia el logro de objetivos propuestos en el equipo, contribuye a generar un ambiente de respeto, colaboración mutua, exigencia personal y profesional.

NIVELES	DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES
1. MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none">• Guía a los residentes hacia la consecución de sus objetivos alineados con los de la Unidad/Área, con procedimientos de actuación claramente definidos.• Desarrolla el contenido de la ocupación del residente, en situaciones que exigen poca coordinación con otras personas.
2. ADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• Intercambia información relevante para conseguir la colaboración en equipo de la Unidad.• Conoce las habilidades, fortalezas y debilidades de cada residente a su cargo, identifica sus oportunidades de desarrollo.• Respeto las individualidades, su iniciativa y esfuerzo individual a favor del equipo.
3. DESTACADO	<ul style="list-style-type: none">• Involucra a los residentes a ser parte de la solución en el problema de la enfermedad y del paciente.• Implica al equipo de residentes para que se integre cada uno de tal forma que el problema sea común y no individual.• Crea oportunidades para que los residentes apliquen y desarrollen las habilidades que deben adquirir.• Fomenta el apoyo integral a los “residentes menores”, con la participación activa de los “residentes mayores”, ante cualquier tipo de dificultades que estos pudieran solventar.
4. EXCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Afronta y analiza conjuntamente situaciones complejas o problemáticas que influyen en los residentes de la Unidad para que sean solucionadas en pro de su integración en la Unidad.• Genera confianza, ayudando a los residentes a sentirse valorados, apreciados e involucrados con la Unidad y su trabajo como médicos.• Impulsa al grupo de residentes a realizar trabajos conjuntos y asumir responsabilidades, no acepta negativas a responsabilizarse sin averiguar el por qué.• Lidera con el ejemplo. Sus comportamientos son el referente de las actividades del día a día. Ayuda a que los demás vean la relación entre la bioética, los valores y los procesos.• Da mayor prioridad a las metas del equipo de residentes en la Unidad que a las propias, demuestra un comportamiento personal con el equipo.

“FEED BACK”

Una vez definidas las competencias por el grupo de tutores, se analiza la priorización de estas competencias tanto para los residentes como para el resto de los tutores, creando la figura del tutor ideal.

De las encuestas realizadas, para los residentes las cualidades más importantes del tutor son el compromiso con la docencia, la empatía y el profesionalismo.

Para los tutores son competencias troncales fundamentales la capacidad y motivación docente, la orientación a la calidad, la ética profesional, la gestión emocional, la iniciativa, la profesionalidad, la flexibilidad, la planificación, la habilidad de comunicación y el fomento del trabajo en equipo.

De todas ellas son la ética profesional, la motivación docente, la gestión emocional y el fomento del trabajo en equipo las más relevantes, tanto en tutores como en residentes, en el perfil del tutor eficaz.



PARTE II



CAPÍTULO 15

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ALERGIA

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ALERGIA

Dñas. María del Mar Moro, María Dolores Alonso Díaz de Durana. Tutoras de Alergia.

Según la Comisión Nacional de la Especialidad, la **Alergología** es la especialidad médica que comprende el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la patología producida por mecanismos inmunológicos, especialmente de hipersensibilidad, con las técnicas que le son propias (R.D. 2015/78)

ASPECTOS RELEVANTES O DESTACABLES DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

La **actividad asistencial** los residentes rotan por las diversas Unidades distribuidas por tres áreas diferenciadas: área genérica (Medicina Interna, Pediatría), área propia (Alergia Clínica, técnicas de la especialidad) y áreas específicas de conocimiento (Inmunología, Neumología, Dermatología, ORL, consulta de Inmunodeficiencias y rotación libre). Además realizan entre 4 y 6 guardias al mes.

Es destacable dentro de esta actividad, la rotación por consultas monográficas de asma grave y de esofagitis eosinofílica, que tratan de ser consultas de referencia y que, sin duda, ayudan a la formación más especializada del residente.

El objetivo principal durante el período formativo es que el residente adquiera la capacidad de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas en las diferentes unidades por las que rota, en situaciones de urgencia y, además adquiera las habilidades necesarias para el tratar el paciente alérgico más complejo.

Las **actividades docentes** se basan en un programa de cursos transversales y en actividades para adquirir los conocimientos propios de la especialidad. Se incluyen las sesiones, los cursos y los congresos.

Los residentes asisten y presentan sesiones en la Unidad de Alergia y en las otras unidades por las que rota. Al final de la residencia presenta una sesión General para todo

el Hospital. Realizan también sesiones bibliográficas sobre temas de la especialidad. Asisten a los congresos de la especialidad, nacionales e internacionales, cursos propios de la especialidad patrocinados por la SEIC, cursos de doctorado, etc.

Consideramos de especial interés la asistencia a algunos cursos específicos de la Especialidad de Alergia:

- Bases inmunológicas de las reacciones alérgicas. técnicas de obtención, estandarización y caracterización de extractos alérgicos. Departamento de investigación y desarrollo de BIAL industrial farmacéutica SA. Bilbao
- Inmunoterapia específica con alérgenos
- Desensibilización de alimentos y fármacos
- Cursos de Actualización en Alergología
- *Summer school* de la red de investigación de reacciones adversas a alérgenos y fármacos (RIRAAF)
- Y se está proyectando realizar -en el espacio **IDEhA**- actividades docentes específicas de entrenamiento y simulación de situaciones de urgencias en alergología como es el manejo agudo del paciente con *shock anafiláctico o el manejo de la crisis asmática severa*.

Así, los objetivos que los residentes deben conseguir durante el período formativo podrían resumirse en:

- *Conocer la prevención, diagnóstico y tratamiento* de las enfermedades alérgicas, tanto en adultos como en la población pediátrica, así como de sus consecuencias.
- *Estudio* de las patologías más complejas relacionadas con mecanismos inmunológicos. *Conocimiento, habilidades y aplicación práctica y desarrollo* de una serie de técnicas de exploración, diagnóstico y tratamiento: pruebas funcionales respiratorias, estudio de desensibilización en citostáticos como tratamiento oncohematológico y desensibilización a alimentos.
- *Procedimientos terapéuticos: Inmunoterapia, nuevos tratamientos monoclonales.*
- Colaborar con otros servicios que lo soliciten
- *Perfeccionar y actualizar sus competencias profesionales* como especialista alergólogo, con objeto de mantener la calidad del rendimiento asistencial.

Y en cuanto a la **actividad investigadora** los residentes participan en el desarrollo de los proyectos de investigación en Redes financiados que se llevan a cabo en la Unidad de Alergia, actividades de formación continuada, y se les invita a la realización de su

tesis doctoral. El residente debe ser receptivo a los avances científicos de la disciplina y debe mantener una actitud positiva de colaboración con la investigación.

INSTRUMENTOS DE TUTORIA

Con nuestra labor tutorial planificamos y colaboramos activamente en el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad. Los dos tutores y el responsable de la unidad son los encargados de cuantificar anualmente las actividades que debe realizar el residente según nuestra unidad docente. Y en todo momento contamos con la valoración por parte de cada adjunto de la Unidad.

Evaluación formativa

Con ella se realiza el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, y ayuda a la autoevaluación y el autoaprendizaje del residente.

Los instrumentos de evaluación formativa que utilizamos en alergología son:

La **entrevista estructurada tutor-residente** forma parte importante de la evaluación formativa del residente. Realizamos 4 entrevistas al año en un formato uniformado que se registra en la memoria del residente y del tutor al término de cada rotación. El objetivo de la entrevista estructurada es valorar los avances en la adquisición de competencias, detectar los déficits y posibilitar la incorporación de medidas de mejora al proceso.

La **realización de la memoria** es una herramienta esencial para conocer la progresión en varios aspectos fundamentales (actividad asistencial, docente e investigadora), opiniones y puntos fuertes y débiles del residente. Debe ser un instrumento de autoaprendizaje donde alentemos al residente a que detalle especialmente las propias opiniones y reflexiones en todas las actividades y que realice una evaluación anónima de cada una de las rotaciones. Todo lo cual va a favorecer la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades realizadas por el residente durante el año formativo.

Otros **instrumentos utilizados**:

- Valoración de casos clínicos con pacientes reales valorando la emisión de un juicio clínico y plan de manejo con criterios de eficiencia.

- Incidente crítico cuando una situación crea dudas, incoherencia o resultado inesperado. El residente transforma el incidente en una pregunta susceptible de ser contestada. Les ayuda a reflexionar y a buscar soluciones.
- En ocasiones revisión de registros clínicos para estudios, sesiones clínicas, Informes sobre proyectos de investigación....

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TUTORIA DE ALERGOLOGIA Y PROPUESTA DE SOLUCIONES

Los problemas que hemos encontrado como tutores han sido en general escasos:

1. En relación con las bajas médicas de algunos residentes por enfermedad o por embarazo se ha solucionado con la ampliación de la residencia durante un período variable según el tiempo de baja, tras ser aprobado en el Comité de Evaluación.
2. Dificultad para la realización de guardias de urgencias debido a enfermedad, siendo éstas necesarias para cumplimiento del programa. La solución ha sido reunir toda la información sobre el problema, la coordinación entre los diversos médicos implicados (médico que controla la patología, médico de Salud Laboral, jefe de estudios, tutor de urgencias y tutora), valoración del caso y realización de un plan individual para el residente que, siguiendo el programa de formación lo más fielmente posible, permitiera un buen control de su enfermedad.
3. Evaluación no totalmente positiva por parte de los médicos del servicio de urgencias sobre la labor del residente en las guardias; la solución está en la realización de entrevistas estructuradas sobre dichas guardias y la comunicación y posterior compromiso de mejora.
4. Dificultad para realización de algunas rotaciones externas: ha sido necesario mejorar la comunicación entre tutores de los diferentes centros y solicitarla con un mínimo de 4 meses.
5. Los residentes prefieren realizar los últimos meses de residencia en la Unidad de Alergia por lo que se realizará el cambio en el itinerario. En casos de rotaciones externas obligatorias y con valoración poco satisfactoria, se ha resuelto mediante la comunicación entre los tutores de ambos centros, consensuando las mejoras necesarias, logando un mejor aprovechamiento de la rotación.

Para concluir, nosotros como tutores tratamos de ofrecer el apoyo e intentamos ayudar a crear un ambiente de educación, confianza y respeto donde la comunicación sea fluida para así identificar los problemas que puedan surgir y poderlos manejar con prontitud, eficacia y eficiencia.



CAPÍTULO 16

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE ANÁLISIS CLÍNICOS

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Dra. M^a Gemma Serrano Olmedo. Especialista. Tutora de Análisis Clínicos.

La especialidad de Análisis Clínicos, desde el punto de vista de la tutoría, es una especialidad compleja por su pluridisciplinaridad al poder acceder a ella desde diferentes vías formativas: Medicina y Cirugía, Farmacia, Biología y/o Química.

Esta peculiaridad es la que, a mi entender, origina el mayor número de problemas al tutor/a pues le obliga a realizar constantes actualizaciones en el programa formativo siempre velando por cumplir los objetivos base del programa oficial de la especialidad contenido en la *Orden SCO/3369/2006*, de 9 de octubre.

Dentro del ejercicio del tutor/a de Análisis Clínicos los aspectos clave a reseñar son:

La necesidad de realizar un plan individualizado de la formación según la licenciatura cursada.

Debido a las diferentes licenciaturas/grados desde los que se puede acceder a la especialidad de Análisis Clínicos se hace necesario individualizar sus rotaciones en función de los estudios previos para que, al final del período de residencia, independientemente de cuál es su formación base terminen todos con la misma formación y el mismo punto de vista de la especialidad.

Este plan no se realiza inmediatamente tras su incorporación sino dejando un espacio de tiempo necesario para que el residente se adapte a su nuevo cometido y adquiera unos conocimientos mínimos sobre el laboratorio en el que se encuentra. Este período varía de un residente a otro, pudiendo llegar a ser hasta de 4 ó 5 meses, al final del mismo se realiza una entrevista con el tutor para elaborar el plan de formación.

El plan de formación se realiza individualmente con cada residente, en él se trata de

compatibilizar el cumplimiento de las rotaciones obligatorias contempladas en el plan de formación con las afinidades y expectativas profesionales de los residentes (mayor peso por las rotaciones clínicas en los residentes médicos, ampliación de la formación en genética o en biología molecular si se han inscrito en un máster en genética, etc.).

Los planes de formación son dinámicos y una vez cubiertos los períodos de rotación básicos se pueden modificar sobre el plan teórico para cubrir las nuevas necesidades formativas detectadas por el residente junto con el tutor.

El tener que realizar un plan individualizado de la formación según las residencias previas que el residente haya realizado

Cada vez es más frecuente que el residente de Análisis Clínicos haya realizado previamente otra especialidad, la mayoría relacionadas con el ámbito del laboratorio, por ejemplo Microbiología y Parasitología, Bioquímica clínica, Inmunología clínica, etc.

Esta situación obliga a modificar el bloque formativo correspondiente atendiendo a sus aspiraciones, intereses, expectativas y teniendo en cuenta el bagaje formativo desde el que parten.

Motivar al residente

Especialmente difícil cuando han realizado previamente otra residencia y no han podido cubrir sus expectativas laborales.

En nuestro caso este problema se intenta paliar ofreciéndole rotaciones novedosas en centros de referencia lo que obvia decir no es fácil pues la demanda es alta y la oferta escasa.

Inculcar al residente la preocupación por el paciente

El especialista en Análisis Clínicos debe integrarse como un componente fundamental en el equipo multidisciplinario, que con el resto de especialistas, participa en el proceso de Decisión Clínica, que afecta a las tareas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y el cuidado del paciente.

En el caso del residente del laboratorio es necesario facilitar el contacto con el paciente pues en caso contrario son muy pocas las ocasiones en las que la relación especialista-paciente se da. En el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón este objetivo se logra realizando rotaciones por los diferentes departamentos clínicos con los espe-

cialistas respectivos (Nefrología, Alergia, Medicina Interna, Endocrinología y nutrición, etc.).

Lograr una buena relación con los servicios por los que va a rotar

Aunque la especialidad es Análisis Clínicos, en muchos centros que tienen el residente trabaja fundamentalmente en Bioquímica, por lo que la relación con otros servicios básicos como Hematología y Hemoterapia o Microbiología y Parasitología Clínica puede ser difícil, especialmente en grandes hospitales dónde ésta rotación puede ser vista como si de intrusismo se tratara.

Este problema suele subsanarse con buena comunicación entre las distintas áreas para que vean al residente de Análisis Clínicos como un futuro profesional que complementará la actividad que ellos realizan.

Comunicación y discusión, con otros especialistas, sobre el significado de la información obtenida

El residente de Análisis Clínicos, especialmente el que no es médico, encuentra difícil el comunicarse con los clínicos en condiciones de igualdad, por ello debe entender que el laboratorio debe actuar dentro del hospital como un eje estratégico e insustituible en las decisiones sobre el cuidado de los pacientes y que ellos forman parte importante de este proceso.

En nuestro Hospital se intenta conseguir este objetivo realizando rotaciones por los departamentos clínicos (tanto consultas como hospitalización).

En los puntos anteriores quedan reflejados los aspectos más controvertidos ante los que el tutor/a de Análisis Clínicos puede enfrentarse; junto a éstos se encuentra el poco tiempo disponible para ejercer de tutor/a, el organizar las rotaciones con los centros externos de modo que no coincidan con la evaluación, ni con el principio ni final de la residencia, ni que supere los cuatro meses por año de rotación fuera de su hospital, etc.



CAPÍTULO 17

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ANESTESIA

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIZACIÓN EN ANESTESIA

Dra. Belén Cobo. Tutora de Anestesia.

LA ANESTESIA ESA ESPECIALIDAD AÚN DESCONOCIDA

Los residentes que inician la especialidad de Anestesia llegan aún al Hospital con una idea incompleta de los contenidos de la misma. Desconocen que se trata de una especialidad con fuerte contenido farmacológico y fisiológico, y aunque trabaja de manera principal con las especialidades quirúrgicas precisa de una gran formación médica para poder atender los Cuidados Críticos Postoperatorios. Al anestesista se le ve, en general aún, cómo *“la persona que duerme al paciente”*. Esta apreciación implica una absoluta simplificación sobre los múltiples papeles que desempeña el anesestesiólogo en el hospital donde participa en todos los procesos quirúrgicos que se realizan, interviene en el control del dolor agudo postoperatorio, trata el dolor asociado al parto, participa en los cuidados postoperatorios de los pacientes quirúrgicos, trata el dolor crónico etc.

La anestesia ha hecho posible el progreso de la cirugía. Es estupendo anunciar, cómo hemos visto en prensa hace unos días, *“El Hospital Reina Sofía de Córdoba, realiza el primer trasplante de hígado de un adulto vivo a un bebé por laparoscopia”*; pero para que sea posible hacerlo tiene que haber detrás un buen equipo de anesestesiólogos que atiendan al donante y al receptor y que garanticen unos excelentes cuidados postoperatorios.

LA ANESTESIOLOGÍA UNA ESPECIALIDAD CON BUENA SALIDA LABORAL

La situación de crisis que hemos vivido en estos años, ha llevado a que un número no despreciable de especialistas decidan abordar una nueva especialidad ante la precariedad del mercado laboral. Al fin y al cabo el período de la Residencia asegura al

especialista una nueva y sólida formación y un contrato seguro de trabajo durante al menos cuatro años.

En la especialidad de Anestesia del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, hemos tenido ya un número no despreciable de residentes, con una especialidad previa. Médicos de familia, internistas, nefrólogos, pediatras han venido a nuestro hospital para iniciarse en la nueva especialidad y hasta la fecha todos los que han acabado se dedican laboralmente de forma plena a la anestesiología.

La llegada de un residente con una especialidad previa nos debe hacer pensar si es preciso en cada caso modificar algunas rotaciones dadas las fortalezas que presentan estos profesionales por su formación anterior. Además este conocimiento nos puede llevar a intentar formar profesionales anestesiólogos con un perfil más definido; por ejemplo, un pediatra lógicamente mostrará interés y mayor habilidad en el mundo de la anestesia pediátrica y un internista será un profesional muy competente en el campo de la Reanimación y los Cuidados postoperatorios.

Por otro lado estos profesionales se adentran en la especialidad a una edad superior, algunos con cargas familiares y generalmente con experiencias laborales previas. Ello determina que para ellos no sea fácil pasar a ser de nuevo “el residente pequeño”. Algunos residentes han comentado lo paradójico y difícil que les resulta, seguir las indicaciones de médicos adjuntos de edad inferior a ellos. Es necesario con frecuencia hablar con estos residentes y hacerles ver la necesidad de adaptarse a esta situación de cambio que además será transitoria.

LA ANESTESIA Y LAS HABILIDADES TÉCNICAS

La anestesiología presenta un buen contenido de habilidades técnicas que es preciso dominar para el ejercicio de la especialidad. El manejo de la vía aérea, el uso del fibrobroncoscopio, las técnicas regionales anestésicas epidurales o intradurales o la formación en anestesia regional usando el ecógrafo son ejemplos de habilidades que se alcanzan durante la formación.

Es habitual que “el residente pequeño”, se muestre muy interesado en estos aspectos prácticos de la especialidad y se muestre muy dispuesto siempre a la realización de técnicas. Esta situación se va superando con los años de residencia en los que el residente comprende que finalmente la habilidad se terminará adquiriendo, y es más importante para un profesional comprender la técnica, conocer sus indicaciones, y el manejo de sus complicaciones, que la propia realización de las mismas.

Validación de la adquisición de habilidades-CURVAS CUSUSM

El número mínimo de procedimientos a realizar por el residente que le permiten alcanzar la capacitación deseada para la realización de una determinada técnica no está claramente definido. Para evaluar el aprendizaje de una técnica, utilizamos el “**Método de Suma Acumulativa- CUSUM**” que es una herramienta estadística y grafica que permite ver la evolución individual de la formación del residente. Estas curvas de aprendizaje individuales, pueden usarse para el seguimiento de éxitos y fallos de las técnicas y examinar su tendencia en el tiempo; para ello utilizamos un libro de registro.

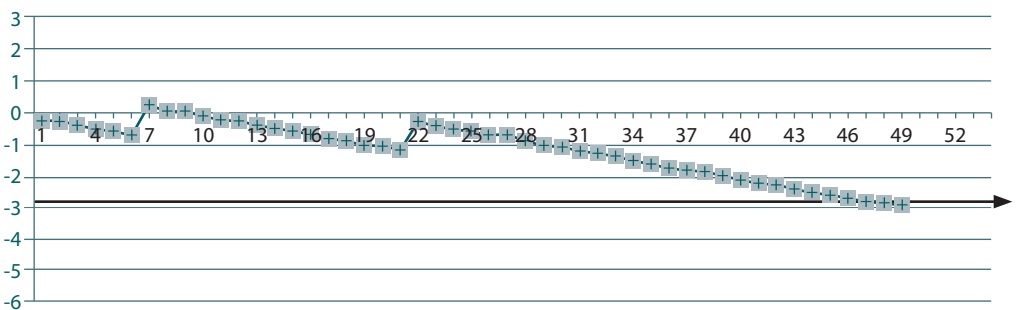
La ejecución de un determinado número de técnicas no asegura que dicho procedimiento haya sido aprendido y sea bien realizado. Se ha demostrado que después de la enseñanza de la técnica y los primeros intentos con la asesoría de un docente, ocurre un alza precoz de éxitos, sin embargo posteriormente se produce un decrecimiento probablemente debido a la autonomía de los residentes que ya no consultan, pero aún no dominan todas las destrezas.

La analgesia epidural obstétrica y la intubación orotraqueal son dos técnicas en las que la variabilidad individual es amplia a la hora de adquirir las competencias para realizarla con éxito de forma autónoma. Nosotros utilizamos el Método CUSUM para validar la adquisición de la competencia del residente en el ámbito de la formación de la epidural obstétrica y el aprendizaje de la intubación orotraqueal.

Utilización de la curva CUSUM en el bloque obstétrico

En el **Bloque Obstétrico**, utilizamos la gráfica *CUSUM para evaluar la adquisición de la competencia en la técnica de la epidural obstétrica* por el residente de primer año (Figura 1).

Figura 1. GRAFICA CUSUSM de un R1 de Anestesia en la evaluación de la formación de en analgesia epidural para el parto.



Cuando alcanza el grado de destreza deseado según la escala y ha realizado la rotación de obstetricia, se le evalúa siguiendo un formulario de conocimientos obstétricos. Así verificamos que el residente posee los conocimientos, habilidades y actitudes para realizar la analgesia epidural obstétrica en pacientes ASA I y II con nivel de responsabilidad I.

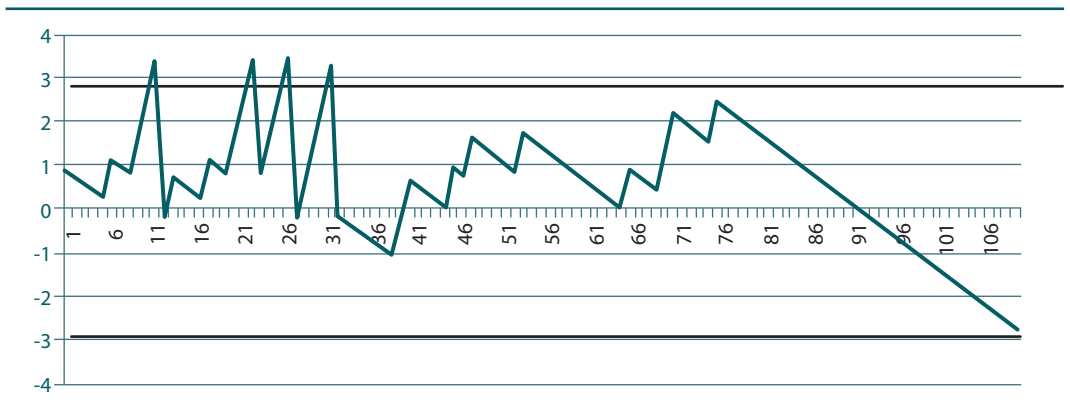
Utilización de la CURVA CUSUM para la competencia de la intubación endotraqueal

En la formación de la habilidad de realizar la intubación endotraqueal utilizamos las Curvas Cusum en dos fases.

- **Fase I:** excluye pacientes con dificultad prevista de intubación. El intento será exitoso, si se realiza en un máximo de dos tentativas. Si hubo intubación esofágica, aunque fuera intubado en un segundo intento, se considera fallo. La competencia está adquirida cuando se intuba al 90% de los pacientes (Figura 2).

En el caso mostrado ha sido necesario poner la curva a cero en 4 ocasiones por superar el límite de aceptación. La curva ha cruzado el límite de capacitación en el caso 109.

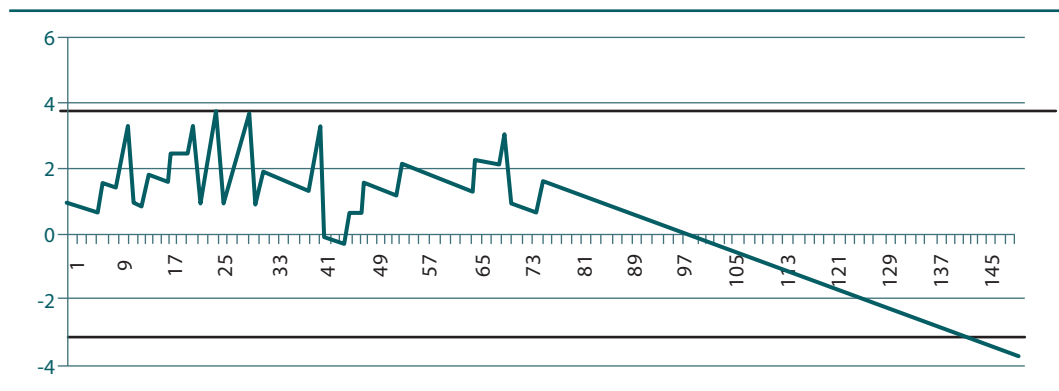
Figura 2. Grafica CUSUM de un R1 en intubación endotraqueal. Fase I.



- **Fase II:** Se considera que el residente adquiere este grado de capacitación cuando intuba al 95 % de los pacientes, sin excluir los casos con dificultad sospechada. Así se trata de demostrar una competencia similar a la de un adjunto de nuestro servicio. Nuestra tasa de intubación difícil se acerca al 5% (laringoscopia grado 3 o necesidad de más de dos intentos). Para ello se ha definido una tasa inaceptable de fallo del 10%. Para evitar el enmascaramiento del aprendizaje, nuevamente se ha puesto la curva a cero cada vez que se cruzaba el límite superior de aceptabilidad (Figura 3).

Ha sido necesario poner la curva a cero en 6 ocasiones por superar el límite superior de aceptabilidad. La curva ha cruzado el límite de capacitación en el caso 140.

Figura 3. GRAFICA CUSUSM de un R1 de Anestesia en la evaluación de la formación de en analgesia epidural para el parto.



LA ANESTESIA EN EL HOSPITAL DE ALCORCÓN Y LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Una de las características distintivas que plantea la formación en Anestesiología en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón es la formación específica en Seguridad del Paciente que recibe el residente. Para ello contamos con un grupo de adjuntos especialmente interesado y formado en el tema.

El Hospital cuenta desde 1999 de con una plataforma anónima de **Comunicación de Incidentes críticos –ANESTIC**; en ella se analizan los incidentes de forma no punitiva y posteriormente se toman medidas con el objetivo de corregir fallos del sistema y evitar su repetición.

El Hospital Universitario de Alcorcón también promovió la creación del SENSAR–SISTEMA ESPAÑOL DE NOTIFICACION EN SEGURIDAD EN ANESTESIA Y REANIMACION, dónde se analizan incidentes comunicados por los más de 75 hospitales que lo integran a nivel Nacional.

- **Los Objetivos** de este SISTEMA SENSAR son:
 - Aprender de los errores
 - Corregir fallos del sistema; resolución de problemas.
 - Formación en la cultura de seguridad.
- **Habilidades a lograr**
 - Reconocimiento precoz de una situación de deterioro actual o potencial en anestesia

- Capacidad de respuesta rápida y apropiada
- Habilidad para coordinar el resto del personal en estas situaciones
- **Actitudes y conductas a conseguir**
 - Actitud vigilante
 - Hábito de registro de los incidentes en la base de datos de la unidad para tal fin.

Los R2 de anestesia participan durante todo su año de formación, en sesiones semanales de “*Análisis de Incidentes Críticos*”. Se estudian los errores de comunicación, trabajo de equipo, planificación, administración de fármacos, así como los errores por falta de verificación.

A parte de todo ello existe una formación estructurada en Seguridad del Paciente con actividades durante los cuatro años de residencia ampliamente detallada en nuestra guía formativa de la especialidad.

PROYECTO DE SIMULACIÓN CLÍNICA CON RESIDENTES DE ANESTESIA EN EL CENTRO DE SIMULACIÓN IDEHA

La práctica de la anestesiología conlleva realizar tareas que son consideradas de elevado riesgo en relación a la seguridad de los pacientes y los errores médicos. Los resultados de nuestro trabajo dependen de la adquisición de competencias relativas a conocimientos, habilidades y toma de decisiones individuales pero también del aprendizaje de habilidades no técnicas como la comunicación, gestión de tareas, el trabajo en equipo y la toma de decisiones.

En relación con las nuevas metodologías docentes, la Sociedad Española de Anestesia-SEDAR estableció la recomendación de emplear la nueva herramienta educativa, **la Simulación Clínica**, de la misma manera que ya lo hizo el *European Board of Anesthesiology Reanimation and Intensive Care* y la *American Society of Anesthesiologists (ASA)*

El objetivo no es sustituir a los métodos habituales de aprendizaje, sino complementarlos, facilitando y fortaleciendo los itinerarios formativos, especialmente en aquellas áreas de nuestra especialidad en la que estos métodos han mostrado mayor eficiencia.

Los puntos clave de este itinerario serán:

- Introducción a la seguridad del paciente
- Introducción a la Simulación Clínica

- Entrenamiento en técnicas básicas de nuestra especialidad en Talleres de Habilidades
- Aprendizaje de procedimientos anestésicos en un entorno seguro
- Participación en escenarios de simulación cuyo contenido variará según el año de residencia: protocolos de Helsinki, eventos críticos anestésicos, eventos obstétricos, manejo crítico de la vía aérea, escenarios de comunicación etc.
- Formación en habilidades no técnicas

La tutoría de Anestesia, aprovechando la infraestructura del CS –IDEhA ha establecido un programa de formación en habilidades para cada año de residencia con especial hincapié en el R1. Estos talleres de habilidades permiten al *“residente pequeño”* un primer acercamiento al material y a las técnicas propias de la especialidad a través de prácticas, evitando así producir daño al paciente.

El plan de formación se extiende a todos los años de residencia con adquisición de habilidades avanzadas en la formación de vía aérea, y participación en escenarios de simulación clínica y resolución de crisis anestésicas de mayor complejidad a medida que progresa la formación. Se insiste en la formación en aspectos no técnicos, como el trabajo en equipo, el liderazgo o la comunicación.

La tutoría ha establecido un plan de formación del residente de anestesia, con un contenido estructurado en cada año de formación que abarca todos estos puntos.

EL DIPLOMA EUROPEO DE ANESTESIA Y CUIDADOS INTENSIVOS -EDA

El Diploma Europeo de Anestesiología facilita la circulación de los profesionales en los distintos países de la Unión Europea y permite unificar el nivel de competencias y formación de sus especialistas. La posesión del diploma es un indicador de una formación en anestesiología de alto nivel.

El examen se realiza de forma simultánea en 25 países: Holanda, Grecia, España, Hungría, Rumanía, Irlanda, Alemania, Austria, Turquía, Bélgica, Portugal, Eslovenia, Reino Unido, Suecia, Rusia, Malta, Noruega, Francia, Latvia, Italia, Israel, Polonia y Armenia. Además Reino Unido e Irlanda permiten que, una vez aprobado el examen europeo, se considera aprobada la parte escrita del examen primario de Anestesiología de su Real Colegio de Anestesiólogos.

Pueden presentarse al examen anestesiólogos titulados en cualquier país y residentes de último año de formación.

Nosotros consideramos, que la presentación al examen del Diploma Europeo de Anestesia es deseable pero no obligatoria. En los últimos años gran parte de nuestros R4 han accedido al mismo y obtenido el aprobado en la primera parte del mismo de contenido fundamentalmente fisiológico. Algunos residentes también se han presentado y obtenido la titulación del segundo examen de contenido más clínico.

La Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SE-DAR) y la Comisión Nacional de Anestesiología recomiendan a los especialistas que se presenten al Examen Europeo de Anestesiología para obtener el diploma y que se pongan en marcha sistemas de formación en cada servicio de Anestesia para su consecución ya que la existencia de los mismos redundará en un efecto beneficioso, tanto para los que aprenden como para los que enseñan.

Sin embargo no debemos olvidar que aún se trata de un título que no se encuentra oficialmente reconocido; su posesión según la SEDA (Sociedad Europea de Anestesia), *“influye en las comisiones de selección, puesto que demuestra que el solicitante ha sido juzgado por un tribunal independiente, que lo califica como anestesiólogo globalmente formado”*.

Ver bibliografía relacionada al final del documento.



CAPÍTULO 18

LA TUTORIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA

LA TUTORIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA

Dra. Ana Isabel Huelmos. Tutora de Cardiología.

La Cardiología es la parte de la Medicina que se ocupa del aparato circulatorio.

CONTENIDO Y CAMPO DE ACTUACION PROFESIONAL

El campo de la actuación profesional de la Cardiología comprende los siguientes aspectos:

CARDIOLOGIA CLINICA

La cardiología clínica sigue siendo el pilar básico de la especialidad. El gran desarrollo de las técnicas diagnósticas hace más necesario recalcar su importancia, porque la decisión final del cardiólogo debe ser consecuencia de la integración de toda la información recibida a través tanto de la clínica como de las técnicas diagnósticas.

- **Asistencia urgente e intensiva** (Unidad coronaria o de cuidados intensivos cardiológicos): La asistencia al enfermo cardíaco o coronario agudo constituye uno de los pilares fundamentales de la especialidad, ya que de ella depende buena parte de su eficacia terapéutica. Requiere gran experiencia y capacidad técnica y una buena integración de todos los recursos de la cardiología actual.
- **Medicina hospitalaria (no intensiva)**: En la sala de hospitalización, el cardiólogo continúa la asistencia del enfermo coronario agudo o atiende cardiópatas con problemas agudos o crónicos que requieren procedimientos diagnósticos complejos (especialmente los invasivos) o terapéuticos.
- **Medicina ambulatoria, seguimiento a largo plazo y rehabilitación**: La mayoría de las enfermedades cardíacas son crónicas y constituyen un contingente importante de la demanda asistencial ambulatoria. El contacto más inmediato con la población facilita su participación en las labores de prevención y educación comunitaria.

- El cuidado pre y postoperatorio del enfermo quirúrgico cardíaco.
- Cardiología pediátrica.

TECNICAS DE DIAGNOSTICO

Las exploraciones diagnósticas propias de la especialidad son las siguientes:
 Diagnóstico no invasivo: Interpretación de radiología de tórax., Electrocardiografía estándar, Electrocardiografía de Holter. Pruebas de estrés (esfuerzo y fármacos). Ecocardiografía convencional, de esfuerzo y Doppler. Cardiología nuclear. Pruebas farmacológicas. Mesa basculante.

Diagnóstico invasivo: Ecocardiografía transesofágica. Cateterismo cardíaco: estudio hemodinámico y angiográfico. Coronariografía. Monitorización de parámetros hemodinámicos. Electrofisiología. Biopsia miocárdica. Angioscopia. Ecocardiografía y Doppler intravascular.

TERAPEUTICA

El especialista en cardiología provee los tratamientos médicos y tratamientos invasivos.

Estos últimos comprenden las técnicas especiales:

- Implantación de marcapasos, desfibriladores implantables, resincronizadores.
- Cardioversión, desfibrilación y reanimación cardiopulmonar.
- Ablación de arritmias por catéter.
- Pericardiocentesis.
- Angioplastia y valvuloplastias
- Implantación percutánea de válvula aórtica.
- Implantación de dispositivos de cierre de comunicación interauricular, ductus arterioso, orejuela izquierda.

Finalmente algunos Hospitales disponen de Unidad de Seguimiento y Tratamiento del paciente con trasplante cardíaco, formando parte de las Unidades de Insuficiencia Cardíaca.

CARDIOLOGIA PREVENTIVA, EPIDEMIOLOGIA Y REHABILITACION

La acción preventiva, tanto primaria como secundaria, ocupa un lugar preeminente

en la Cardiología. Su campo de acción incluye las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestro medio: la aterosclerosis y la hipertensión arterial. El control de los factores de riesgo y la educación sanitaria forman parte integrante de la asistencia que presta el cardiólogo a sus pacientes y sus familiares. Dicha acción puede extenderse a la comunidad si participa en estudios epidemiológicos y en campañas de educación y promoción de la salud.

La rehabilitación cardíaca ha demostrado su utilidad en la recuperación funcional y prevención secundaria.

INVESTIGACION CARDIOVASCULAR

El cardiólogo debe impulsar, desarrollar y colaborar en la investigación, ya sea clínica, experimental o epidemiológica. La investigación permite crear el marco crítico y científico necesario para mantener la calidad óptima de la asistencia, formar buenos especialistas y promover el progreso de la Medicina en nuestro medio.

ASPECTOS DIFERENCIALES DE LA FORMACIÓN EN CARDIOLOGIA

En el momento actual la especialidad de Cardiología también debe adaptarse a las nuevas tendencias, entre las que destacan tres aspectos importantes:

- Evolución de nuevas técnicas diagnósticas y tratamientos, lo que supone una super-especialización.
- Los cardiólogos deben formar parte de equipos multidisciplinares que tengan protocolizado el abordaje de estos procesos y cuenten con el soporte de otras especialidades como atención primaria o urgencias, así como enfermeros, farmacéuticos hospitalarios, psicólogos, dietistas y fisioterapeutas.
- Desarrollo de la medicina preventiva tanto por parte de los cardiólogos como a través de la educación de los pacientes y familiares así como del entorno social y laboral.

Es obligación del tutor estar al día en los nuevos avances que se producen en todos los campos de la Cardiología, lo que implica una formación continua del mismo

ITINERARIO FORMATIVO Y ROTACIONES

Las rotaciones varían algo de un centro a otro. No obstante hay un núcleo fijo constituido

por rotaciones externas al servicio de Cardiología y rotaciones internas por las distintas áreas del servicio. Estas zonas incluyen la hospitalización convencional, urgencias y consultas, interconsultas, técnicas de diagnóstico por la imagen, pruebas funcionales y medicina nuclear, cuidados cardiológicos críticos y semicríticos, cardiopatías congénitas del adulto, hemodinámica y arritmias.

La atención cardiológica utiliza un número cada vez mayor de consultas y unidades especializadas multidisciplinares (cardiopatías familiares, cardio-oncología, rehabilitación, etc).

No todos los hospitales disponen de todas las unidades para efectuar las rotaciones. Es el caso de la rotación por la unidad de Cardiología Pediátrica (Pediatria) o por la unidad de Cardiopatías Congénitas de Adulto.

Es obligación del tutor de Cardiología elegir un hospital con una unidad de reconocido prestigio en caso de no existir en el hospital donde el residente hace la residencia, para que no exista déficit en la formación de los residentes entre unos y otros hospitales

El tutor tiene que ponerse en contacto con el jefe de la Unidad receptora para acordar los meses que se ajusten al calendario del residente. Es aconsejable pactar los acuerdos y llevar a cabo los trámites con suficiente anterioridad.

ACTIVIDADES DEL RESIDENTE

El residente debe ir enfrentándose progresivamente al manejo clínico del paciente cardiovascular ingresado en planta de hospitalización (previa formación en Medicina Interna y resto de rotaciones de distintas especialidades médicas durante el primer año).

Ha de aprender a manejar al paciente crítico cardiológico, tanto rotando en UCI-Unidad Coronaria, como durante las guardias de Urgencias y de especialidad. Finalmente tendrá que ser competente en el manejo del paciente cardiológico ambulatorio.

Es necesario que aprenda una serie de **procedimientos tanto generales** (canalización de vías centrales, interpretación avanzada de ECG, manejo básico de ventilación o cardioversión/desfibrilación), **como de la especialidad:** ecocardiograma transtorácico, transesofágico y de estrés farmacológico, realización e interpretación de TC coronaria y resonancia magnética cardiaca, interpretación de SPECT de perfusión miocárdica,

realización de ergometría, implante de marcapasos transitorio y definitivo, programación de marcapasos, DAI y resincronizadores, interpretación de Holter, realización de cateterismos diagnósticos, interpretación de estudios electrofisiológicos, realización de pericardiocentesis, etc.

Un momento muy importante durante la especialidad es cuando termina la rotación por la unidad de imagen cardíaca que permite ser autosuficiente realizando estudios ecocardiográficos. Eso da muchísima soltura durante las guardias y permite tomar de forma autónoma importantes decisiones clínicas.

Guardias

No todo es celeridad. La Cardiología también incluye muchas tareas rutinarias a lo largo de las guardias: ver ingresos, valorar pacientes del área de urgencias, etc.

Es obligación del tutor de Cardiología estar al tanto de los avances del residente en las distintas rotaciones para detectar puntos débiles que pudieran quedar y buscar estrategias para solucionarlos

SUPERESPECIALIZACIÓN

Al acabar los cinco años de la residencia, el residente habrá adquirido los conocimientos y las habilidades suficientes para dedicarse a la clínica general, tanto hospitalaria como ambulatoria e incluso a la rehabilitación cardíaca.

Si se prefiere tratar los pacientes críticos, puede apostar por trabajar en una **Unidad Coronaria** y si se decanta por la imagen, puede centrarse en la **ecocardiografía, TC y resonancia cardíaca**.

Por último, si lo que le apasiona son las técnicas invasivas, puede orientar su carrera hacia las arritmias (realización de estudios electrofisiológicos, implante de dispositivos de estimulación y realización de procedimientos de ablación por catéter) o la cardiología Intervencionista (Hemodinámica, Intervencionismo percutáneo coronario y estructural).

Las que hoy por hoy requieren un período de capacitación específico de 2 años tras la especialidad para poder ejercer como superespecialistas son Electrofisiología (Arritmias) y Hemodinámica. Para el resto, la subespecialización la da la práctica profesional orientada a estos ámbitos.

SUPERVISION Y RESPONSABILIDAD

El residente de Cardiología desde el segundo año que inicia la rotación en la planta de Cardiología, se enfrenta a situaciones de gran responsabilidad donde puede estar en juego la vida de un paciente. Hay circunstancias en las que es obligado un pensamiento rápido y tener muy claro la forma de actuar.

Para disminuir en lo posible las situaciones de riesgo, los protocolos de supervisión del residente de Cardiología son extremadamente importantes.

Es obligación del tutor redactar, de forma consensuada con el resto del servicio, el protocolo de supervisión que defina la supervisión en las distintas tareas de forma gradual según los años de residencia. Incluso en el último año de residencia es importante definir las circunstancias en las que el residente siempre tiene que informar al especialista responsable

Se trata de ir dando al residente a medida que pasan los años, más responsabilidad a costa de una menor supervisión.

ASPECTOS EMOCIONALES EN LA FORMACION DEL RESIDENTE DE CARDIOLOGIA

El paciente cardiológico, aunque tiene una faceta “estable” importantísima, también puede complicarse en cualquier momento. Por ello el residente de Cardiología está sometido a gran estrés y se ve afectado emocionalmente por las situaciones a las que se enfrenta en el ámbito profesional, además de los eventos de su vida personal, lo que se refleja en el trato a los pacientes. Por ello, es de suma importancia que sepa manejar las emociones (propias y del paciente), aspecto que es poco abordado, e incluso ignorado, en su formación profesional. tanto en su práctica habitual como durante las guardias.

El tutor de Cardiología tiene que estar muy atento a los aspectos emocionales, detectar a tiempo ciertas señales para anticiparse y prevenir situaciones de ansiedad en los residentes, proporcionando la ayuda necesaria, tanto por su parte como por parte de los otros profesionales



CAPÍTULO 19

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

ASPECTOS CLAVES DE LA TUTORIA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

Dr. José Antonio Rueda Orgaz. Tutor de Cirugía General.

INTRODUCCION

La definición de la especialidad de Cirugía General (CGAD) abarca tres vertientes o niveles de complejidad y actuación:

- **El primer nivel** se corresponde con su ámbito primario de actuación. El especialista en CGAD tiene todas las competencias sobre la patología quirúrgica, electiva y urgente, del aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello.
- **El segundo nivel** hace referencia a competencias propias de otras especialidades quirúrgicas, en las que el especialista en CGAD ha de ocuparse del planteamiento inicial y la resolución, hasta cierto nivel de complejidad.
- **El tercer nivel** de actuación de la CGAD, se relaciona con el conocimiento de los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía con una amplia base formativa que dota al especialista en CGAD tanto para la asistencia, como para la investigación y la docencia, siendo por tanto paradigma de disciplina troncal entre las especialidades quirúrgicas.

Una de las dificultades para la formación y tutorización en la especialidad de CGAD, es precisamente esta amplitud de áreas que comprende, de lo que se deriva una cantidad de conocimientos a adquirir y variabilidad de habilidades y procedimientos a aprender en un corto período de tiempo con su correspondiente evaluación.

Además se trata de una especialidad cambiante, cada vez más tecnificada en la que la tendencia es a orientar al Residente hacia una de las diferentes áreas de capacitación o interés, definidas para la especialidad de CGAD.

OBJETIVOS DOCENTES : ACTIVIDADES ASISTENCIALES, DOCENTES E INVESTIGADORAS

Durante el período de formación, como primer objetivo, el Residente ha de adquirir una serie de conocimientos actualizados, habilidades clínicas y técnicas además de actitudes, que le capaciten para el ejercicio de la especialidad.

También es importante la formación adecuada del residente en investigación con el fin de que adquiera una mentalidad crítica y abierta.

El tutor debe configurar el **ITINERARIO FORMATIVO** de la Unidad Docente de CGD adaptando el programa Oficial de Formación de la Especialidad, a las peculiaridades organizativas de la Unidad Docente acreditada. Elaborará los **planes individuales** del residente siguiendo el itinerario formativo

ACTIVIDADES ASISTENCIALES

Se pueden distinguir cuatro ámbitos principales: la guardia de Cirugía (Urgencias), Planta de Hospitalización, El Quirófano (Actividad quirúrgica programada) y la Consulta externa.

Actividades en la sala de hospitalización

Objetivos:

- Adquirir conocimientos sobre patología quirúrgica, complicaciones en los postoperatorios, manejo hidroelectrolítico, analgesia, nutrición e infección.
- Aprender procedimientos básicos en el manejo de las heridas, drenajes y estomas.
- Desarrollar habilidades relacionadas con la información a pacientes y familiares y de actitudes como son la capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.

Actividades programadas en quirófanos

Según el programa de la especialidad, se especifican los procedimientos sugeridos, según el año de Residencia, y quedan recogidos en los calendarios formativos.

El tutor, junto con el Jefe de Residentes (R- 5) programarán a los residentes los procedimientos de acuerdo a su año de formación.

Objetivos

- Contribuir al acto quirúrgico, como primer cirujano o ayudante:
 - Participar en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la cumplimentación del formulario del procedimiento quirúrgico, y la información a familiares y paciente sobre las recomendaciones para su recuperación.
 - Familiarizarse con la implantación y difusión del listado de verificación prequirurgico (Check-list).
 - Adquirir y desarrollar habilidades en los diferentes procedimientos quirúrgicos.

Guardias

El residente de Cirugía General realiza guardias de presencia física durante los cinco años de la residencia con nivel de responsabilidad creciente. Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. Se aconseja realizar entre 5 y 6 mensuales.

El calendario de guardias lo establecen los residentes de último año por turno rotatorio, siendo supervisado por el Jefe de la Unidad de Cirugía.

Los objetivos fundamentales en el ámbito de la Urgencia / Guardia de Cirugía General son:

- Familiarizarse con situaciones urgentes que puedan precisar valoración y tratamiento por la Unidad de Cirugía General (Abdomen agudo, paciente con trauma severo, Sepsis).
- Detección y tratamiento de complicaciones en el postoperatorio, y la identificación de los casos que precisen valoración quirúrgica urgente.

Actividades en consultas externas

Los residentes realizarán periódicamente esta actividad, fijada según su año de residencia, donde fundamentalmente valorarán pacientes nuevos remitidos desde Atención Primaria u otras Especialidades

Objetivos:

- Desarrollar habilidades en la realización de una historia clínica completa y exploración física, que les permita emitir un juicio diagnóstico, proponer las exploraciones complementarias y elaborar propuestas terapéuticas.

- Familiarizarse con la información a paciente y familiares y la entrega del Consentimiento informado.
- Conocer los estudios preoperatorios básicos.

LAS ROTACIONES

El tutor debe establecer el **CALENDARIO DE ROTACIONES** para cada año y reflejarlo en los planes individuales además de supervisar y coordinar las rotaciones con otros tutores.

Siguiendo las directrices establecidas por la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y Digestivo y en mutuo acuerdo y consenso con la Comisión de Docencia del Hospital.

En el último año de la residencia se recomienda realizar una rotación externa preferentemente en Hospitales extranjeros de reconocido prestigio en investigación biomédica.

ACTIVIDADES DOCENTES

SESIONES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA

Según se expone en el programa formativo *“las sesiones del servicio constituyen una auditoría clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica...”*

- **Sesión de Urgencias** (Periodicidad diaria): Sesiones clínicas breves a primera hora con todos los miembros del Servicio, moderada por el jefe de Unidad, en los que se comentan las incidencias de pacientes atendidos en Urgencias y los cambios en los evolutivos de los pacientes hospitalizados.
- **Sesión preoperatoria para cirugía programada:** actividad semanal, se exponen los casos programados y se discuten pacientes susceptibles de intervención quirúrgica programada.
- **Sesión científica:** Sesiones de formación continuada semanal donde se realizan revisiones bibliográficas o actualización de protocolos de la especialidad, exposición de casos clínicos, o revisiones de temas monográficos.

Se realiza una puesta en común de los casos clínicos más interesantes o relevantes

de la Unidad, presentados por los médicos residentes con apoyo informático y bibliográfico, y discuten por parte de todos los facultativos de la Unidad. En esta actividad semanal, el residente realiza la actualización de un tema controvertido a propósito de un caso tratado en la Unidad.

Otras veces, se presentan los resultados de investigaciones llevadas a cabo en el servicio, en este caso, por un miembro del staff o por otros especialistas clínicos relacionados con la Unidad de Cirugía. Podrán participar como invitados miembros de otras Unidades u hospitales.

EL CALENDARIO DE SESIONES es confeccionado mensualmente por el tutor de residentes de acuerdo con el Jefe del Servicio

- **Sesión de morbilidad y mortalidad:** Actividad semanal en la que se realiza un análisis de la morbilidad, complicaciones y mortalidad del servicio, sobre todo de los casos más inusuales o inesperados. Ha de ser una discusión abierta y objetiva, haciendo una revisión crítica de los incidentes, discutir los eventos adversos y transmitir la responsabilidad de proveer cuidados de alta calidad.
- **Sesión bibliográfica:** esta sesión tiene una periodicidad mensual y se basa en el análisis crítico de 2-3 trabajos publicados en revistas de la especialidad de reconocido prestigio bajo la coordinación del Jefe del Servicio.

SESIONES HOSPITALARIAS

- Sesiones conjuntas con otros Servicios.
- Participación en comités multidisciplinares.
- Sesiones Oncológicas, (comité de tumores digestivos).
- Comité de tumores dermatológicos.
- Comité de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Sesiones Generales del Hospital: mensuales
 - Sesiones clínicas hospitalarias mensuales de carácter general y dentro de las actividades conjuntas del Hospital.

CURSOS

Cursos de Formación Común Complementaria para Residentes

- La formación teórica se efectuará mediante el estudio a nivel individual y el seguimiento de cursos y seminarios. En tales actividades es muy importante la figura del tutor, en orden a aconsejar los textos y tratados más adecuados para la progresiva adquisición de los conocimientos que se indican en el programa.

El tutor propondrá la asistencia del residente a los cursos y seminarios idóneos en cada momento, en número de 2-3 al año

CONGRESOS, JORNADAS Y CURSOS DE LA ESPECIALIDAD

El programa de formación recomienda la asistencia a los siguientes cursos :

- Iniciación práctica en Cirugía Endoscópica.
- Formas de producción científica en Cirugía General.
- Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Cirugía esofagogástrica.
- Cirugía hepatobiliopancreática.
- Coloproctología.
- Pared Abdominal.
- Politraumatismos y Cuidados intensivos quirúrgicos.
- Infección quirúrgica.
- Cirugía endocrina.
- Cirugía de la mama.
- Cirugía endoscópica avanzada.
- Cirugía Torácica.
- Cirugía Vascular.
- Trasplantes de órganos abdominales.
- Obesidad Mórbida.

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

Formación en Investigación y Publicaciones

Las actividades científicas incluyen la preparación de publicaciones escritas, de comu-

nicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones del servicio y/o sesiones generales del hospital. Al final del período formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos 2 de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos. Estas actividades deberán constar en el libro del residente.

Se establece que al menos durante su período de formación comience un proyecto de tesis doctoral y que puede basarse en los diferentes proyectos de investigación que están en desarrollo en la Unidad.

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

El sistema formativo de residencia se basa en la asunción progresiva de responsabilidades mediante las cuales el médico residente va adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño de su especialidad. Esta adquisición progresiva de competencias implica una supervisión adecuada por parte de los médicos adjuntos, tutor y residentes más avanzados de las Unidades correspondientes.

El tutor debe elaborar el PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN, para su presentación y aceptación en la comisión de Docencia, donde se especifiquen los niveles de responsabilidades según las diferencias actividades y el ámbito en el que se van a desarrollar

- **Ambitos de aplicación** (actividades asistenciales en la unidad de cirugía general): Los objetivos docentes en la especialidad de Cirugía General, se pueden distribuir en cuatro ámbitos principales, donde el Residente desarrolla su actividad: la guardia de Cirugía/Urgencias, Planta de hospitalización, Actividad quirúrgica programada (quirófanos) y la Consulta externa.
- **Niveles de responsabilidad:** Se establecen tres niveles para las tareas y responsabilidades del médico residente, según el *Real Decreto 123/2008* de febrero de 2008:
 - **Nivel de responsabilidad 1 o de responsabilidad máxima:** realización en solitario. Son las actividades que el residente puede realizar solo, sin necesitar tutorización directa por un adjunto.
 - **Nivel de responsabilidad 2 o de responsabilidad media:** Realización con ayuda. Actividades que el residente puede indicar, pero cuya realización debe estar directamente supervisada por el especialista responsable del área específica donde se actúa.

- **Nivel de responsabilidad 3 o de responsabilidad mínima:** Son las actividades que son realizadas por el especialista, siendo ayudado por el residente en formación o siendo éste un mero asistente al acto.

Es tarea del tutor programar las actividades asistenciales conforme a este PROTOCOLO DE SUPERVISION, de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras

El paso de un nivel a otro será progresivo y dependerá, no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y adjuntos responsables, valorando en cada caso, la posible experiencia previa del residente y su evolución, y las evaluaciones de los especialistas a cargo de la formación, tutor y Jefe de Unidad.

- **Situaciones y procedimientos que deben ser realizadas o supervisadas directamente por el médico especialista Adjunto de Cirugía General, según los diferentes ambitos de aplicación** (Grado de supervisión III, independientemente del año de Residencia):
 - **Guardia de cirugía general:** Indicación de Cirugías Urgentes, o ingreso a Cargo de la Unidad de Cirugía, conflictos con pacientes y familiares o actuaciones con implicaciones judiciales.
 - **Planta de hospitalización:** Cuando se plantee un alta, surja una complicación que conlleve reintervención, traslado a Unidad de Críticos de un paciente o Exitus, o surja un conflicto con pacientes, familiares, enfermería o médicos de otras especialidades.
 - **Quirófanos:** Cualquier procedimiento quirúrgico debe ser supervisado por el Adjunto responsable del paciente.
 - **Consulta:** Siempre que se incluya un paciente en Lista de espera quirúrgica. La información sensible, situaciones conflictivas con pacientes o familiares, deben ser abordadas y resueltas directamente por el médico especialista a cargo del paciente.

EVALUACION DEL RESIDENTE

El tutor es el principal responsable de la evaluación continuada del residente

Con la evaluación se pretende constatar la consecución por parte del especialista en formación, de los objetivos y las competencias especificados en los programas formativos.

La evaluación debe tratarse de un proceso continuado durante todo el período de formación con el fin de ayudar también en la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes por parte del residente favoreciendo el autoaprendizaje.

LA EVALUACION FORMATIVA

Se establecen como instrumentos para la evaluación formativa, entre otros, las entrevistas periódicas y el libro del residente.

OTRAS COMPETENCIAS DEL TUTOR

- **Motivación Docente:** El tutor debe promover y hacer partícipes a los Residentes en la docencia de los alumnos de medicina y sobre otros residentes. Con ello ponen a prueba sus conocimientos y desarrollan sus habilidades docentes. Se debe promover la participación de los residentes en otras actividades no específicamente de la unidad, y que se encuentran en el ámbito de funcionamiento del Hospital: Sesiones hospitalarias, participación en comités, impartir charlas en cursos.
- **Ética profesional:** El tutor debe transmitir al residente valores relativos a la ética profesional, que incluyan el respeto y que prevalezca la profesionalidad a otros intereses, así como empatía a la hora de transmitir información sensible a pacientes y familiares.
- **Competencias relacionales:** El tutor debe fomentar el trabajo en equipo, y dar al residente las herramientas para la resolución de conflictos y manejo de situaciones complejas con familiares o pacientes difíciles.
- **Competencias medico-legales:** El tutor debe asistir la residentes en todas las dudas referentes a legislación sobre: el paciente terminal, certificados de defunción, últimas voluntades, alta voluntaria, partes de lesiones, prescripción en receta oficial.
- **Gestión emocional:** Durante el período de formación, los residentes se enfrentan continuamente a situaciones estresantes que pueden repercutir negativamente en su salud emocional. Por ello, es obligación de los tutores, detectar estas situaciones, para identificar los problemas, y generar un *feedback* constructivo que promueva la confianza y autoestima del residente.

El tutor tiene que reunirse periódicamente con otros participantes en la formación (Comisión de Docencia, otros Especialistas y tutores de las Unidades Docentes dónde van a rotar), para detectar áreas de mejora, o intercambios de impresiones de cara a mejorar las actitudes del residentes y poder completar la evaluación de la forma mas objetiva. Para ello se reúne o intercambia impresiones con otro residentes, habla con enfermería, los tutores de las otras especialidades donde rota, y con los jefes.

El tutor debe involucrar al resto de los miembros de la Unidad en las actividades docentes, invitándoles a participar en la motivación de los residentes.

Guía de acogida

El tutor debe elaborar en colaboración con la Unidad de Docencia, una “GUIA DE ACOGIDA” donde se describa la estructura de la Unidad.

Debe recoger información práctica, las normas básicas de funcionamiento con rutinas y horarios; y los objetivos de la rotación por la Unidad de Cirugía, enfocados a su especialidad.

Cuando se incorporan los nuevos residentes, se les hace entrega de esta **guía** para que conozcan cómo está estructurada la Unidad, con los nombres de los miembros, jefes, medios y recursos con los que cuenta y así facilitar la incorporación y el aprovechamiento.

CONCLUSIONES FINALES

El proceso de tutoría, es una actividad exigente en tiempo y dedicación, y que implica una gran responsabilidad. El *Real Decreto 183/2008*, sobre las funciones del tutor dice: “ el tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente..”. Pero en muchas ocasiones esta responsabilidad no se ve acompañado de los medios necesarios, en tiempo o recursos, ni por el reconocimiento o incentivación acorde a la misma.

Otra de las dificultades que encontramos es el conflicto docencia vs. asistencia. Tanto tutores como resto de especialistas y residentes, nos encontramos a veces absorbidos por las actividades asistenciales, que si bien, son un elemento clave en la formación, muchas veces invaden el tiempo preciso para otras actividades docentes, y a veces asistimos a la desmotivación del tutor.



CAPÍTULO 20

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORÍA DE LA ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORÍA DE LA ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

Dra. Francisca Almodóvar. Tutora de endocrinología.

La Endocrinología y Nutrición es la rama de la Medicina que se ocupa del estudio de la fisiología y patología del Sistema Endocrino, así como del metabolismo de las sustancias nutritivas y de las consecuencias patológicas derivadas de sus alteraciones.

Incluye igualmente el conocimiento teórico y práctico de las correspondientes técnicas diagnósticas, terapéuticas y medidas dietéticas y de las normas de Medicina Preventiva relacionadas con estos campos.

Se trata de una especialidad completa en dos vertientes: Una órgano-sistema-específica como es la Endocrinología y una vertiente agente-específica como es la Nutrición Clínica.

Su vertiente de Endocrinología se realiza preferentemente en consultas, debe complementarse con rotaciones en consultas monográficas de neuroendocrino y endocrino pediátrica, no disponible en todos los hospitales docentes. Su vertiente de Nutrición Clínica debe complementarse con una rotación en nutrición artificial en UCI; dichas rotaciones se sugiere realizarlas en el cuarto año de Residencia (mayor experiencia) y en grandes hospitales(mayor volumen de pacientes). Estas rotaciones generalmente externas, por razones obvias de coordinación entre servicios deben ser programadas con suficiente antelación y su duración no debe ser inferior a dos meses.

Los cursos específicos que se recomiendan incluyen:

- **Curso de Endocrinología de la SEEN** (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición): Se celebra anualmente, recomendado para R3 y R4.
- **Curso de Nutrición de la SEEN:** Se celebra anualmente, recomendado para R4.

- **Curso de Diabetes de la SED** (Sociedad Española de Diabetes): Se celebra cada dos años, recomendado para R3 y R4.

El itinerario de la especialidad debe particularizarse en el plan individual que será consensuado con el residente.

Se considera de gran importancia la herramienta de la Entrevista Estructurada con un mínimo de cuatro al año al final de cada bloque formativo ó rotación para realizar el seguimiento de los avances en la adquisición de competencias, identificando las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportando sugerencias específicas para corregirlas.

Otra herramienta de gran utilidad para la formación en competencias profesionales de nuestros residentes es el **Incidente Crítico** (mínimo 1 /año/residente).

Se trata de un evento inesperado que exige una respuesta, además de rápida, y por tanto instintiva, muchas veces innovadora; también se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente.

Las fases del Incidente Crítico moderadas por el tutor y realizadas de forma grupal (residentes) son:

- Apertura del caso con lectura del informe descriptivo del incidente.
- Proceso de análisis del caso que incluye la identificación del problema; la contextualización biografía de grupo, el abordaje del caso desde la solidaridad emocional y el análisis de los cursos de acción mediante el planteamiento de preguntas.
- Cierre de la sesión : El tutor motiva al grupo para que saque sus propias conclusiones, con el objetivo de que integre lo aprendido en su propia experiencia.

La tercera herramienta de gran utilidad es **la Evaluación 360°**. Los evaluadores pueden ser tanto personal sanitario como no, incluyendo pacientes y familiares, con lo que se minimiza la subjetividad.

Precisa una muestra de al menos 4 evaluadores, que precisan haber observado actuar al residente en diferentes situaciones. Los formularios generalmente son anónimos.

Las competencias que evalúa son:

- Buenas prácticas clínicas.
- Cuidados del paciente.

- Seguridad del paciente.
- Gestión y organización docente.
- Profesionalidad.
- Comunicación.
- Relaciones interpersonales.
- Aplicación del conocimiento.

En cuanto a los problemas específicos de los residentes que he encontrado en mi labor como tutora han sido pocos y sencillos:

- Evaluación negativa por parte de los médicos del servicio de urgencias sobre la labor del residente en las guardias de urgencias; la solución está en la realización de entrevistas estructuradas sobre dichas guardias y la comunicación entre tutor y facultativo de urgencias.
- Rechazo de las prácticas en las técnicas de reproducción asistida por motivos religiosos; la solución está en incluir exclusivamente la parte teórica.
- Dificultad en la solicitud de rotaciones externas; la solución está en realizarla con un mínimo de 4 meses.

Para concluir, estos puntos anteriormente referidos buscan de forma práctica y sencilla, aclarar posibles dudas que surgirán en la labor docente del tutor de Endocrinología y Nutrición.



CAPÍTULO 21

TUTORÍA DE RESIDENTES DE FARMACIA HOSPITALARIA

TUTORÍA DE RESIDENTES DE FARMACIA HOSPITALARIA

Dra. Patricia Sanmartín, Tutora de Farmacia Hospitalaria.

*“Enhorabuena, te acaban de nombrar
tutor de residentes”
Ahora a trabajar*

Como orientación, a la hora de abordar la tutoría, hemos preparado una lista de recomendaciones, curiosamente diez, basadas en nuestra experiencia. Esperamos que puedan servirte de ayuda.

Antes de comenzar, te aconsejamos que releas de vez en cuando el *Real Decreto 183/2008*, sobretodo en momentos de desánimo, aunque esperamos que nunca decaiga tu ilusión.

TIEMPO DE TUTORÍAS

Organiza tu tiempo: como tutores disponemos de 7 horas al mes para dedicarlos exclusivamente a la tutoría. No improvises, organiza tus horas y ponte de acuerdo con los residentes para la realización de entrevistas estructuradas. Además deja horas libres para que puedan acudir a ti para consulta y resolución de problemas.

Cuenta también con tiempo para las evaluaciones anuales, lectura de las memorias y las reuniones de la Comisión de Docencia, o bien, del grupo de tutores. Afortunadamente tenemos una Jefatura de Estudios muy dinámica y emprendedora que se comporta como el motor de actividad y actualización continua para los tutores en el campo de la docencia. Sin olvidar reservar un tiempo para tu propia formación como tutor, la comisión de docencia te ofrecerá continuas oportunidades de formación, aprovéchalas.

COMUNICACIÓN Y ACCESIBILIDAD

Se cercano, accesible, y pregunta, no esperes que ellos acudan a ti por voluntad propia, anticipáte y pregunta. Dedícales tiempo y hazlo siempre con serenidad y paciencia, sin prisas. También es importante establecer un diálogo permanente con el resto de adjuntos y con la jefatura de servicio, y estar siempre predispuesto a la negociación. Existe un equilibrio que debes mantener entre las necesidades formativas del residente y las necesidades del servicio. El residente debe sentirse parte de ese servicio por eso cuenta con ellos para los temas importantes que se están tratando en el servicio, las novedades, pregunta su opinión, escúchales e inclúyeles y así ellos se sentirán parte del equipo de trabajo y tendrán una actitud más responsable con los demás.

EL LADO HUMANO DEL TRABAJO

En su formación, tan importante es aprender la parte teórica y práctica de la clínica y el desarrollo de habilidades, como la parte humana en la relación con los compañeros, con otros profesionales y con los pacientes. Los modelos de futuros profesionales más inmediatos los encuentran en los adjuntos y en especial en los tutores, de ahí la importancia de mantener la empatía, la ilusión por el trabajo bien hecho, el hablar siempre con respeto, cariño y ser honestos, son aspectos fundamentales en la formación que debemos ser capaces de transmitirles. Es importante no olvidar que la parte humana es clave para formar un gran profesional sanitario y eso hay que ejercitarlo día a día como tutor.

CURSOS COMPLEMENTARIOS DE FORMACIÓN

Es importante ser equitativo en la distribución de los cursos complementarios de formación más allá de los básicos a los que todos tienen acceso y obligación de realizar. Hay bastante oferta de cursos online y presenciales pero no se pueden hacer todos, hay que saber seleccionar. Analiza que sean cursos de prestigio complementarios a su formación, adecuados en contenido y formato. Aconseja al residente en la elección y sé sincero si no te parece adecuado. Los cursos inevitablemente coincidirán con rotaciones, es importante con lo hables y negocies con los adjuntos afectados.

ORGANIZACIÓN DE ROTACIONES DEL RESIDENTE

Rotaciones internas (dentro del hospital)

- En el Servicio de Farmacia

- Disponemos de un programa formativo general en el que se detalla el orden cronológico de las rotaciones internas. No obstante, es necesario establecer un plan individualizado para cada residente. Siéntate con los residentes cada inicio de año de residencia para perfilarlo, háblalo con ellos y ayúdalos a conocer los objetivos docentes, teóricos o prácticos que se espera que adquieran y en determinadas rotaciones los objetivos concretos relacionados con alguna novedad en la práctica, una revisión o actualización de la forma de trabajar o alguna línea de investigación. Si hay que hacer cambios sobre el plan general de rotaciones previsto, es importante que lo comentes con los adjuntos afectados.
- En el Hospital
 - Planifica con el residente el orden cronológico de las rotaciones clínicas en los servicios médicos del hospital. Siéntate con el residente para enfocar la rotación, siempre es bueno recordarles que ellos son farmacéuticos y no médicos. Este hecho diferenciador deben ser una constatación en sus rotaciones en servicios médicos. Asegúrate que el responsable de la docencia del servicio receptor del residente también lo tiene en cuenta a la hora de enfocar y estructurar el período de aprendizaje. Anuncia y negocia con antelación a los responsables de docencia de los servicios implicados las fechas de rotación, además concreta con él el contenido de la rotación del residente de farmacia, algún aspecto concreto que se quiera profundizar o ejercitar así como por ejemplo la revisión de algún tema concreto que el residente pueda presentar en sesión en el servicio o alguna línea de trabajo en la relación con el servicio de Farmacia que se pueda mejorar.

Rotaciones externas (fuera del hospital)

A partir del final del segundo año de residencia comienza a organizar las rotaciones del cuarto año fuera del hospital en temas concretos clínicos, organizativos de nuestra profesión que están más desarrollados en otros centros. Existen muchos problemas para conseguir hueco en los centros de mayor prestigio y además la normativa de la comunidad de Madrid establece unos plazos para el trámite de autorización de las rotaciones que dificulta la gestión a corto plazo por lo que hay que programar las rotaciones con tiempo. Sin olvidar que los dos últimos meses de residencia no pueden salir del hospital para rotar.

SESIONES, ACTITUD DOCENTE Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Muchos residentes llegan al primer año con poca experiencia de hablar en público, impartir talleres o charlas docentes o presentar sesiones. Es importante la ayuda y el apoyo en las primeras sesiones para reforzar su confianza en sí mismos para ser buenos

comunicadores y docentes. Ayúdales y motívalos para realizar al menos 2 sesiones anuales los dos primeros años dentro del servicio y en los dos últimos años para que los hagan además fuera del servicio o para otros profesionales. Ellos serán parte del entramado docente de los futuros profesionales y estas habilidades las tienen que asumir y alcanzar desde el primer año. Ayúdales a que sean exigentes en el estudio, en la revisión de los temas clínicos o no clínicos que menos dominan pero que son importantes para la profesión, en la búsqueda de evidencia para trabajar con confianza y preparar sus sesiones y revisiones con criterio y exigencia.

INQUIETUD INVESTIGADORA

Intenta que en el terreno de la investigación sean ambiciosos. Fácilmente entran en la sistemática de preparación de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, pero es necesario que den un paso más, de forma que sus trabajos de investigación cristalicen en publicaciones. Anímalos a entrar en programas de doctorado, que se centren en una línea de investigación, de forma que al final de la residencia puedan conseguir el doctorado.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Recuerda que la evaluación de las competencias está estructurada en evaluación formativa, anual y final: prepara la documentación con tiempo, son muchos datos y formularios, no te confíes. Reúnete con tu compañero tutor para fijar las calificaciones globales finales anuales. Llegado el momento, la comisión de docencia fijará una fecha y hora para que tú y un compañero adjunto (habitualmente el otro tutor) acudáis a la evaluación. Os reuniréis con la Jefa de Estudios y el representante de la comunidad de Madrid. Allí deberás exponer los puntos fuertes y débiles de tus residentes y comunicar la calificación global anual que constara en el expediente del residente.

Para disponer de toda la información necesaria para la evaluación debes de recabar la opinión y evaluación del resto de los adjuntos que han formado al residente a lo largo del año. Es una información, no sólo necesaria, sino muy valiosa e imprescindible.

ASOCIACIÓN Y RELACIÓN CON OTROS TUTORES

Además de los apoyos con los que cuentas dentro del servicio por parte del resto de adjuntos y jefa de servicio, y dentro del hospital, por parte de la jefa y secretaria de estudios y del resto de los tutores, la SEFH dispone de un grupo de tutores. Es

importante formar parte de dicho grupo. Encontrarás en él compañeros que tienen exactamente las mismas inquietudes y problemas que tú, y trabajaréis para progresar en la docencia del farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria en formación y en la formación de los tutores. También resulta muy enriquecedor formar parte de la Comisión de Docencia.

Además podría resultar enriquecedor formar parte de AREDA (Asociación de Redes de Comisiones Docentes de Formación Sanitaria Especializada).

REACREDITACIÓN COMO TUTOR

Habrás pasado 4 años desarrollando tu labor como tutor, y si tras hacer balance el resultado es positivo, tal y cómo estamos seguras que ocurrirá, deberás reacreditarte por otros 4 años más. La comisión de docencia te marcará los plazos y te ayudará en el proceso. Ánimo, no es un proceso complicado, simplemente deberás organizar tu agenda y dedicar un tiempo a la actualización de tu Proyecto Docente y claro está, a actualizar tu Curriculum Vitae.

Y siempre recuerda el alcance del compromiso que adquieres cuando eres nombrado tutor:

- El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate (*Real Decreto 183/2008*).



CAPÍTULO 22

EXPERIENCIA DE LA TUTORIA CON LOS RESIDENTES EN GINECOLOGIA

EXPERIENCIA DE LA TUTORIA CON LOS RESIDENTES EN GINECOLOGIA

Dra. Nieves Climent. Tutora de Ginecología y Obstetricia.

El período de formación de los residentes supone una etapa de vital importancia. El objetivo fundamental de los tutores consiste en conseguir que licenciados que acaban de finalizar sus estudios académicos se conviertan en excelentes especialistas. Esto supone una labor de intenso trabajo, dedicación y de mucha responsabilidad. Al mismo tiempo que llena de satisfacción ver la evolución progresiva de mejora que se produce cada año de su residencia.

La dedicación del tutor debe basarse en establecer una conexión directa y permanente entre el residente. Para ello, disponemos de herramientas de formación como son : mantener entrevistas estructuradas muy regulares, recogeremos toda la información que nos garantice que se van alcanzando los objetivos preestablecidos en el programa formativo. Además, sirve también para corregir aquellos aspectos deficitarios de su formación, reforzar los logros y escuchar propuestas de mejora que nos planteen.

En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, contamos con un centro de Simulación, que nos facilita el poder practicar las habilidades en el campo de la Obstetricia fundamentalmente. Podemos recrear situaciones críticas de múltiples casos clínicos. Se escenifican momentos de urgencia vital y gravedad extrema, que se viven como reales de nuestra especialidad, por ejemplo: una atonía uterina, una cesárea emergente, una eclampsia, un parto de nalgas... etc.

De esta manera, los cursos de Simulación van mejorando la coordinación multidisciplinar entre anestelistas, enfermeras, matronas, auxiliares y ginecólogos. Se intensifican las labores de liderazgo y se enseña cómo ordenar la secuencia de los actos clínicos de una manera lógica y organizada. Todo ello se va grabando y los vídeos se proyectan en un segundo tiempo. Se analizan minuciosamente cada movimiento, se comentan los errores, se proponen alternativas. Se trata de ir adquiriendo los conocimientos médicos

de la especialidad de una manera sencilla, fácil y segura, a la vez que casi real. Todo ello contribuye a conseguir un aprendizaje metódico e inofensivo. En caso de detectar fallos en el planteamiento, diagnóstico o tratamiento de los casos, éstos se podrán corregir de una manera muy segura y sin tener que lamentar daños, que en nuestra especialidad podrían repercutir tanto en la madre como en el recién nacido.

Por otro lado, el tutor también tiene que estar dispuesto a ofrecer dedicación individualizada, afrontar posibles problemas ajenos a la formación en la especialidad, para que éstos repercutan lo menos posible en su formación.

Es deseable que el tutor motive al residente para realizar trabajos científicos (publicaciones a congresos, trabajos de investigación, tesis doctoral), impulsarles a una participación activa en sesiones clínicas, comisiones del hospital, etc. Los tutores tenemos que velar por que se garanticen las rotaciones tanto dentro de su servicio como en las rotaciones externas solicitadas a otros hospitales.

En conclusión, la tutoría de residentes debe ser considerado como un proyecto de formación muy dinámico y ambicioso que nos ayude a conseguir unos especialistas de excelencia.



CAPÍTULO 23

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACIÓN HOSPITALARIA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACIÓN HOSPITALARIA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Dra. Arancha Escalera. Tutora Hospitalaria de Medicina Familiar y Comunitaria.

La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, tiene una serie de particularidades que no tienen el resto de Especialidades Hospitalarias, a saber:

- El contrato del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria está directamente vinculado con la Unidad Docente (Atención Primaria) y no con el Hospital, en el caso concreto de nuestros Residentes: la Unidad Docente Oeste. Esta Unidad se vincula con nuestro Hospital y con otros dos más Hospital de Fuenlabrada y Hospital de Móstoles. La elección de su plaza MIR por tanto, la realizan en dicha Unidad y posteriormente, eligen Centro de Salud en Atención Primaria y Tutor en el mismo acto. y de esta elección se desprende dónde van a realizar su formación hospitalaria
- Los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, participan de 2 Comisiones de Docencia: La Comisión de Docencia de Atención Primaria con una Jefatura de Estudios y representación de los Residentes de los 3 Hospitales de la Unidad y la Comisión de Docencia de nuestro Hospital con otra Jefatura de Estudios y representación de los Residentes de nuestro de Hospital.
- Cada Residente de Medicina Familiar y Comunitaria realiza la elección simultánea del Centro de Salud y del Tutor que será su Tutor durante los cuatro años de Residencia y junto con él tomará las decisiones necesarias para implementar su formación, teniendo en cuenta que casi un 50% del Itinerario Formativo lo realiza en su Centro de Salud (Atención Primaria). Cada tutor del centro de salud tiene a su cargo dos residentes.

Además del tutor de Atención Primaria está el tutor hospitalario. Con frecuencia el tutor hospitalario es un especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que trabaja en Urgencias. El tutor hospitalario tiene la función de:

- Coordinar y supervisar la formación de los Residentes en los periodos de formación

hospitalaria. Facilita su integración en el hospital cuando llega y le sigue a lo largo de los cuatro años.

- Asesorar al Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, de todo lo relacionado con la formación hospitalaria de los Residentes.
- Detectar las deficiencias de formación de los Residentes proponiendo acciones de mejora.

LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

Según el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria el responsable de la Ejecución y Seguimiento de la Evaluación es su Tutor Principal.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Los Residentes mantienen contacto asistencial continuado con el Servicio de Urgencias a lo largo de los cuatro años de Residencia mediante la realización de sus Guardias Hospitalarias. Este hecho permite el seguimiento de la implementación de las Competencias que va adquiriendo el Residente.

En el Servicio de Urgencias como Servicio, existe una implicación profunda y arraigada en el seguimiento de la formación de todos los Residentes y en especial de los de Medicina Familiar y Comunitaria, porque como no son Residentes de ningún Servicio del Hospital y con nosotros establecen una relación continuada y constante en el tiempo, establecen un vínculo especial con nosotros..

En el Servicio de Urgencias es donde habitualmente antes se detectan las dificultades de aprendizaje del residente. Es necesario comunicarlo a su tutor principal y a la Jefatura de Estudios para establecer planes específicos.

ACTIVIDAD DOCENTE

Como ya vimos una de las funciones del Tutor Hospitalario consiste en coordinar y supervisar la formación Hospitalaria:

- El Coordinador la Unidad Docente propone un programa anual de rotaciones para cada uno de los Residentes y la función del Tutor Hospitalario en coordinar con el resto de los Servicios del Hospital los periodos de tiempo de rotación para no superar las capacidades docentes de los Servicios.

Se facilita la docencia, enfocada de forma práctica a la resolución de los casos a los que los Residentes se enfrentan.

El enfoque va dirigido a realizar una correcta anamnesis dirigida, una adecuada exploración física sin omitir signos importantes de la misma. Con estos datos razonar los posibles diagnósticos diferenciales y las pruebas complementarias que vamos a requerir que en nuestro caso (Urgencias) van encaminados a la posibilidad de alta por curación o para completar tratamiento u observación en domicilio/residencia, o cita en Consulta para completar estudio o Ingreso para completar estudio/ tratamiento.

Siempre se les remite al estudio de la Literatura y cuando la actividad asistencial lo permite, lo revisamos in situ con ellos.

Este tipo de supervisión estrecha se hace siempre con los Residentes de primer año, y con el resto dependiendo de las demandas individuales de cada Residente.

En su rotación en nuestro Servicio además realizan una sesión con algún caso clínico o una Revisión/Actualización de un tema que le haya despertado interés.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Desde el Servicio de Urgencias se les intenta estimular (en esto colabora todo el Servicio) para que realicen Presentaciones de Póster o Comunicaciones a Congresos, con especial insistencia para el anual de SEMES, pero nos ofrecemos a colaborar en lo que nos demanden y a lo largo de los últimos años esta actividad ha ido en aumento.

Algunos Residentes más motivados se han lanzado a publicar casos clínicos en Revistas de ámbito Nacional, con la colaboración de nuestro Servicio.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Todo el Servicio de Urgencias participa de la Evaluación de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Se pone en común las deficiencias que hemos detectado cuando las hay y el Tutor es el quien las transmite a su Tutor y Jefe de Estudios.

Cada Adjunto realiza la Evaluación de todos los Residentes y posteriormente se realiza la media de todas las hojas que será la evaluación final. Se incluyen comentarios cualitativos con las áreas de mejora de cada residente y sus puntos fuertes

En casos de problemas graves se abordan mediante reuniones con el Tutor Principal, el Tutor Hospitalario, El Coordinador de la Unidad Docente y el Servicio donde se ha detectado. Se discuten las causas y las posibles soluciones. Estas reuniones han resultado sumamente enriquecedoras

REFLEXIONES

El Tutor Hospitalario no es el Tutor Principal de los Residentes, pero debe coordinar la formación Hospitalaria y detectar los problemas de la formación Hospitalaria para tratar de buscar la soluciones, junto con la Unidad Docente y con su Tutor.

Que el Tutor sea parte del Servicio de Urgencias, servicio al que el Residente permanece ligado durante los cuatro años, facilita mucho tanto el conocimiento personal del Residente como la evolución de su formación.

Es preciso mantener contacto fluído tanto con el Coordinador de la Unidad Docente como con el Tutor Principal del Residente, sobre todo en caso de surgir deficiencias que deban atenderse en el corto plazo y que no puedan espera a la Evaluación anual.



CAPÍTULO 24

ASPECTOS CLAVE DE LA TUTORIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ASPECTOS CLAVE DE LA TUTORIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Dr. Fernando García Pérez. Tutor de Rehabilitación.

La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación (MFR) tiene cada vez una mayor presencia en la formación médica pregrado. A pesar de ello todavía sigue siendo, en general, relativamente poco conocida entre los médicos que se presentan al examen MIR al terminar el grado de Medicina. Hay algunos aspectos novedosos de esta especialidad para quienes eligen formarse en ella en un hospital acreditado. Entre ellos están la atención integral a los pacientes con limitación de su capacidad para realizar las actividades cotidianas (discapacidad), el empleo terapéutico de los agentes físicos y el uso de dispositivos ortopédicos (prótesis, ortesis y ayudas técnicas o productos de apoyo). Estos aspectos pueden resultarles poco familiares de entrada. El primer contacto de un residente recién incorporado a un Servicio de Rehabilitación debe acercarle suficientemente a estos aspectos distintivos de la especialidad y a la forma de trabajar en equipo multidisciplinar con otros profesionales sanitarios y no sanitarios: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, técnicos ortoprotésicos, trabajadores sociales... La MFR es una especialidad diagnóstica y terapéutica de carácter "horizontal" y por tanto muy interrelacionada con la mayoría de las demás especialidades médicas y quirúrgicas. Resulta por ello esencial, antes de efectuar las primeras rotaciones del programa formativo, realizar un período inicial de estancia en el Servicio de Rehabilitación para familiarizarse con la perspectiva desde la que se abordan los pacientes en la especialidad.

Para facilitar una adecuada formación del residente de MFR el tutor debe intentar ser un modelo de referencia, estar accesible a las necesidades de cada residente y ser capaz de motivarle. Cada residente debe percibir nuestra cercanía, nuestro apoyo y nuestro estímulo a que participe, de forma activa, en su propia formación. Debemos favorecer en ellos el desarrollo de una actitud positiva hacia las personas con discapacidad que les permita establecer medidas para favorecer su inclusión. El tutor debe

intentar, también, involucrar en la formación al resto de adjuntos y a los demás miembros del equipo. El itinerario formativo ha de individualizarse adaptando el programa a las circunstancias de cada residente concreto. Por ejemplo, cada vez es más frecuente que la MFR sea elegida como una segunda especialidad. Un aspecto formativo interesante es que participen en la docencia de los alumnos de medicina que realizan prácticas. La cercanía generacional y la posición más próxima (intermedia entre los facultativos y los alumnos) pueden permitir a los residentes un contacto más estrecho y ayudar a resolver las dudas de los alumnos. Esto también les permite replantearse sus propias dudas y sus competencias, conocimientos y habilidades. Igualmente es beneficioso que los residentes se integren en el funcionamiento general del hospital (sesiones, comisiones clínicas...).

La especialidad de MFR es muy extensa y resulta imposible abarcar toda ella, en profundidad, en el corto período formativo de cuatro años por lo que los residentes deberán formarse prioritariamente en los aspectos más específicos de la especialidad y en el abordaje correcto de los trastornos más prevalentes. Cada hospital, por diferentes circunstancias, suele tener algunas secciones de la especialidad más desarrolladas e implantadas que otras. Debido a su prevalencia es importante insistir, durante la formación de los residentes, en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones músculo-esqueléticas y neurológicas, las más comunes, así como en el tratamiento conservador del dolor y en la reeducación funcional de la discapacidad de cualquier origen. El residente debe adquirir también recursos suficientes para manejar las causas menos frecuentes de consulta. Esto deberá complementarse mediante la asistencia a cursos específicos o mediante rotaciones externas, **que será necesario planificar con la antelación suficiente y en los periodos apropiados**. La MFR no sólo incluye la vertiente médica hospitalaria. Los residentes deben también formarse suficientemente en los aspectos vocacionales, emocionales y sociales de los pacientes con limitación funcional. El futuro de la especialidad incorporará cada vez más tratamientos intervencionistas con o sin apoyo de técnicas de imagen, empleo de nuevas tecnologías y desarrollo de unidades específicas. Habrá que intentar que el residente adquiriera la formación suficiente en estos aspectos.

Cuando el residente comience a valorar pacientes, ingresados o en consulta, de forma activa y directamente supervisada sería deseable comenzar por casos sin ninguna o con mínima complejidad para ir progresivamente pasando, a medida que vayan demostrando competencias suficientes, a los pacientes más complejos. Es necesario poder observarles mientras realizan todos los pasos de la historia clínica para corregir y mejorar los aspectos en los que muestren dificultades. Debemos mostrar, y pedir a nuestros residentes, la imprescindible meticulosidad en todos los aspectos del proceso diagnóstico (anamnesis, examen físico, solicitud e interpretación de pruebas com-

plementarias...), de la prescripción del tratamiento conservador (fármacos, electroterapia, programas de ejercicio, terapia ocupacional...) y de la información y educación del paciente y sus familiares. Cada enfermo que atienden debe ser una oportunidad formativa, cada caso clínico un elemento docente y cada prescripción de tratamiento una oportunidad para comunicarse con el paciente y para trabajar en equipo. Deben primero saber hacer bien las cosas y luego aprender a hacerlas con la rapidez necesaria. Por ello hay que intentar organizar la consulta en función de las necesidades docentes.

A la hora de efectuar la prescripción de tratamientos es necesario que aprendan a seleccionar con rigor aquellas medidas terapéuticas que hayan demostrado efectividad según los criterios de la medicina basada en la evidencia. El objetivo de la medicina basada en la evidencia es que la actividad profesional, en este caso la del médico especialista en MFR, se asiente sobre bases científicas contrastadas mediante estudios de la mejor calidad en los que se refleje el estado actual de los conocimientos. Hay que enseñarles a evitar las prescripciones "empíricas", que no se han sometido a la verificación del método científico y que carecen de fundamento. Con ello no se crearán falsas expectativas a los pacientes y se evitará aumentar el gasto sanitario de forma innecesaria. Por ejemplo, los programas de ejercicios, adecuadamente seleccionados y adaptados a cada paciente, son uno de los tratamientos propios de nuestra especialidad cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada. Para facilitar la prescripción de ejercicios a pacientes con dolor crónico o con las patologías músculo-esqueléticas más prevalentes se ha creado, hace unos años, una aplicación informática desarrollada por un grupo de profesionales de la Unidad de Rehabilitación de nuestro hospital. Está disponible, de forma gratuita, en la página web de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF) (www.sermef-ejercicios.org). Permite a los profesionales seleccionar protocolos preestablecidos, validados científicamente, o diseñar programas personalizados para sus pacientes. Los programas de ejercicios son un tratamiento todavía poco usado a pesar de ser de bajo coste, eficaz en muchas patologías y con escasos efectos secundarios cuando se hacen correctamente.

Es importante que los residentes se sientan miembros de un colectivo profesional más amplio que el del simple grupo de médicos especialistas que trabajan en el hospital donde se están formando. Para ello conviene animarles a que se afilien, lo antes posible, a la SERMEF y a las sociedades científicas filiales autonómicas o regionales.

Desde el punto de vista de la investigación lo más asequible para un residente que empieza será la presentación de comunicaciones o pósters en congresos nacionales o en reuniones de sociedades filiales y la publicación de casos clínicos. En cuanto sea posible habrá que motivarles y supervisarles en otros trabajos de mayor envergadura.

El tiempo disponible para realizar las funciones de tutor a menudo es escaso. Esto no debe ser un obstáculo sino convertirse en un acicate para tratar de optimizar nuestra labor y poner los medios para la mejor formación de nuestros residentes. La comunicación tutor-residente se ve facilitada mediante la realización de entrevistas estructuradas. Permiten analizar, de forma más rigurosa y sosegada, la evolución del proceso formativo de cada residente



CAPÍTULO 25

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACION DE MEDICINA INTERNA

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACION DE MEDICINA INTERNA

Dra. Cristina Garmendia. Tutora de Medicina Interna.

La especialidad de Medicina Interna, tiene como característica principal la importante carga de contenidos que integra y por lo tanto de rotaciones en distintas áreas del hospital de nuestros residentes; lo que por otro lado les aporta una visión transversal del funcionamiento de hospital.

En los últimos años el campo de actividad de nuestra especialidad, en nuestro centro y en otros muchos, se ha visto ampliado a la asistencia conjunta en el terreno de la hospitalización de paciente ingresado en servicios quirúrgicos tales como traumatología o cirugía vascular.

Toda esta diversidad demanda planes formativos densos que requieren de consenso y coordinación con un gran número de servicios hospitalarios.

El servicio de Medicina Interna de nuestro centro, tiene áreas de especial interés, por lo que las rotaciones en el servicio deben a su vez coordinarse con los distintos adjuntos (enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, enfermedad tromboembólica, riesgo cardiovascular, enfermedades raras o paliativos no oncológicos).

Por otro lado, nuestros residentes realizan estancias formativas voluntarias en otros centros, orientadas a patología específica como enfermedades infecciosas, cardiología o ecografía clínica, campos de especial interés para ellos.

En los últimos meses de residencia ejercen tareas similares a las que desarrollan los adjuntos, para mejorar sus competencias y autonomía.

El **Plan Formativo** de los residentes de Medicina Interna se personaliza fundamentalmente en sus dos últimos años coincidiendo con sus rotaciones externas, cuya fecha se adapta al servicio receptor.

El Servicio de Medicina Interna acredita 3 plazas/año, lo que suma 15 residentes en total. Los tutores de la especialidad son normalmente 3-4, y de ellos uno se encarga especialmente de la coordinación de la rotación dentro de la sección de enfermedades infecciosas.

Con todo lo expuesto podemos determinar las siguientes labores, ejercidas por el tutor de Medicina Interna:

COORDINACION

Desarrolla un **Itinerario Formativo** individualizado e integrado con el resto de residentes, en el cual se coordinan las rotaciones dentro del servicio con las del resto de especialidades y las que se realizan en otros centros.

Se organizan, así mismo la asignación de adjuntos responsables a los rotantes de otros servicios, atendiendo a sus necesidades en función de la especialidad, al área de especialización de nuestros adjuntos (Riesgo cardiovascular, Enfermedad Tromboembólica, Enfermedades infecciosas).

El tutor se encarga de recabar la **memoria formativa anual** de cada residente, valorándola en su conjunto, para a su vez adjuntar dicha valoración, que incluye actividad investigadora y lectiva a la evaluación anual.

En lo que se refiere a las **rotaciones externas**, se encarga de la cumplimentación de los requerimientos del hospital receptor, así como los de Ministerio, cumpliendo los plazos establecidos por éste para su aprobación.

REFERENCIA

La referencia continua, que a lo largo de los 5 años de residencia mantiene el residente con el servicio, se realiza fundamentalmente a través del tutor, mediante las **entrevistas estructuradas** con el residente que permiten una continuidad en la formación, teniendo en cuenta las dificultades detectadas en cada rotación y sus áreas de mejora, así como la vehiculización de sus intereses formativos, siendo éste uno de los ejes fundamentales de la evaluación formativa.

Además, el tutor fomenta la participación en sesiones, realización de cursos y asistencia a congresos, estimulando la actividad investigadora del residente de forma progresiva en lo que se refiere a la complejidad de los trabajos, de acuerdo con la Unidad de Investigación de nuestro centro.

FORMACION EN FACTOR HUMANO

El tutor de Medicina Interna, además, se responsabiliza de la formación en el factor humano de la profesión, realizando para ello dos actividades formativas estructuradas más con el grupo de residentes:

- Sesiones de **incidente crítico**. En ellas cada residente presenta de manera más informal casos, situaciones o experiencias, que de forma personal, le han llevado a la reflexión en lo que se refiere a aspectos éticos, clínicos o incluso organizativos. Dichas sesiones son guiadas por los tutores, y en ellas se aportan las opiniones de todos, para hacer una reflexión colectiva sobre la situación creada y las posibles soluciones alternativas que aportan el resto de los residentes. Todo ello moderado por la opinión de los tutores, que intentan siempre aportar campos de mejora comunes y conclusiones constructivas.
- Reciben así mismo formación en **seguridad del paciente basada en la simulación**. Estos cursos, que desde su inauguración son realizados en el CENTRO DE SIMULACION IDEHA de nuestro hospital, permiten una doble vertiente formativa: la resolución de casos clínicos críticos simulados, con objetivos clínicos medibles, prácticos, en un entorno seguro para el paciente, y la valoración del factor humano, pieza clave para el trabajo en equipo y la comunicación como herramienta fundamental de nuestro trabajo. Dichos cursos son planificados desde un enfoque multidisciplinar, con compañeros de otras especialidades, adjuntos, y enfermeras.

SUPERVISION

Es responsabilidad del tutor garantizar la supervisión y la adquisición progresiva de responsabilidades por parte de los residentes a lo largo de su proceso formativo, elaborando para ello distintos **planes de supervisión** según el entorno hospitalario. Dichos planes son elaborados por el tutor de Medicina Interna, en lo que se refiere al trabajo programado, y en las guardias de hospitalización, existiendo además protocolos de supervisión de las guardias de urgencias, elaborados por el tutor encargado de este área.

EVALUACION

El tutor recoge las evaluaciones de todas las rotaciones de cada año, evalúa la memoria del residente y propone al comité evaluador anual la valoración global.

En los dos últimos años de la residencia, cuando el residente ha adquirido la mayor parte de las competencias técnicas y humanas se realiza la **evaluación de 360°**. Dicha

evaluación contempla la valoración del residente por parte del adjunto responsable, un compañero de residencia, enfermería, auxiliar de enfermería y el propio paciente, en una situación clínica concreta, de consulta u hospitalización.

Esto nos permite una visión holística de su actividad valorada por todos y cada uno de los estamentos que forman parte de nuestra actividad sanitaria, incluido el paciente. Con una reflexión conjunta sobre los resultados de dicha evaluación.

En cuanto a los aspectos de más dificultad de la actividad de la tutoría de Medicina Interna, es necesario destacar la necesidad de coordinación de todas las rotaciones, tanto fuera como dentro del servicio, dado el elevado número de residentes en su conjunto, como de rotaciones, como de residentes de otros servicios que pasan por el nuestro.



CAPÍTULO 26

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACION DE NEFROLOGÍA

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACION DE NEFROLOGÍA

Dr. Javier Ocaña. Tutor de nefrología.

El sistema MIR actual pivota sobre el aprendizaje tutelado del residente en formación. En este sistema de ganancia progresiva de diferentes competencias asistenciales, formativas, investigadoras, metodológicas, de gestión administrativa, etc. el tutor desempeña una labor de acompañamiento esencial para asegurar la adquisición de dichas competencias.

La inminente llegada de la troncalidad al sistema MIR va a potenciar, si cabe, más el papel del tutor como guía para asegurar la adecuada ganancia de unas competencias cada vez más transversales y que no sólo miran por aptitudes clínicas sino también por materia de liderazgo, comunicación, seguridad o eficiencia.

En este sentido, y en espera de la implantación definitiva del sistema de troncalidad en formación sanitaria especializada, nuestro referente como tutores de Nefrología en cuanto a deberes, derechos y obligaciones del tutor así como las competencias propias de Nefrología están recogidos dentro del *Real Decreto 183/2008*, de 8 de febrero y *Orden SCO/2604/2008*, de 1 de septiembre.

Este capítulo, al igual que la esencia de este libro, no pretende ser dogmático y sentar cátedra sobre qué y qué no debe tutelar y revisar un tutor de especialidad hospitalaria médica. Para ello, y como recogía en el párrafo anterior, el tutor dispone de la normativa correspondiente. Lo que persiguen estas líneas es facilitar al lector una serie de puntos nodales o críticos que deben ser contemplados a la hora de asegurar que su residente, con sus semejanzas y diferencias respecto a residentes de años previos o de otros hospitales del Sistema de Salud Público, reciba una adecuada formación profesional de excelencia en materia tan variopintas como seguridad del paciente, comunicación, liderazgo, competencias clínicas propias de la especialidad, etc.

Con carácter didáctico, podemos distinguir dos bloques genéricos de competencias que iremos desgranando en base a los puntos críticos que consideramos más esenciales en este camino de aprendizaje que realizan juntos el residente y su tutor. Estas son:

PUNTOS DE SUPERVISIÓN CRÍTICA ORIENTADOS EN LA GANANCIA DE COMPETENCIAS NO TÉCNICAS

Conocer la trayectoria vital de nuestro residente

Objetivo: conocer a nuestro compañero de trabajo por los próximos años. Empatizar con su situación social-vital, detectar fortalezas y debilidades con objeto de generar el mayor provecho en su formación.

Puntos de análisis:

- Conocer datos como si vive o no fuera de su lugar de residencia habitual, sólo o con posibles cargas familiares, lejanía del centro, medio de transporte, aficiones, fobias, filias, etc.
- Analizar si la residencia que va a cursar es o no su primera residencia y/o experiencia profesional. Es lógico pensar que la forma en la que debemos enfocar una y otra situación no será la misma, pues en ausencia de experiencia profesional puede que nuestro residente no sepa exactamente qué se espera de él. Hay que tener en cuenta que tradicionalmente la formación en nuestras Universidades ha sido mayoritariamente teórica. Además para muchos de nuestros residentes puede suponer su primera experiencia profesional. Este hecho puede suponer un hándicap para su rápida adaptación al centro de trabajo y por tanto al aprendizaje.

Acciones a poner en marcha:

- Diseño individualizado de sus primeras rotaciones: Una posible solución para facilitar esta inseguridad inicial con el centro de trabajo e inculcar al residente la responsabilidad inherente al trabajo es diseñar una primera rotación clínica (preferentemente hospitalización) no muy larga (15 días-1 mes) y sin excesivo contenido esencial formativo (pueden ser las interconsultas) preferentemente dentro del propio servicio elegido para cursar la residencia, pudiendo así conocer de primera mano a sus futuros compañeros de trabajo; las características diferenciales de su asistencia clínica; participar en sencillas presentaciones de casos clínicos no muy complicados; o realizar guardias de mochila con residentes mayores de su especialidad, etc.

- Incentivar la participación en jornadas en los que participen los adjuntos del Servicio.
- Incentivar la participación en actos sociales como sus residentes mayores.

En resumen, la idea es facilitar una rápida adaptación a la ciudad, el entorno y el puesto de trabajo.

ESTABLECER UN CALENDARIO FRECUENTE DE ENCUENTROS CON EL TUTOR DURANTE EL PRIMER AÑO.

Contexto: el primer año de residencia está marcado por un lado por una serie de rotaciones obligatorias fuera del Servicio propio; por otro por el inicio de las guardias de urgencia.

Objetivo: detectar lagunas en el proceso de aprendizaje y formación.

Puntos de análisis:

- Asegurar la ganancia de competencias clínicas esenciales que se esperan en ese primer año en el manejo del enfermo agudo, crónico reagudizado y urgente en los principales síndromes médicos.
- Evaluar posibles conflictos en el desarrollo de su actividad profesional con el resto del personal sanitario o con los pacientes.
- Inicio en la metodología del aprendizaje del método científico orientado a los estudios médicos
- Inicio en la metodología de liderazgo y exposición de ideas médicas a otros compañeros.

Acciones a poner en marcha:

- Establecer y pactar con el residente un calendario de sesiones cada 3 semanas fuera del horario ordinario donde en el plazo de 30-45 minutos y de una forma práctica el residente responda a una serie de preguntas de manejo clínico esencial en aquellas patologías más importantes que debe saber manejar como profesional del área médica (competencias clínicas, diagnósticas y terapéuticas). Ente otras estaría: la insuficiencia cardiaca, el síndrome coronario agudo, las arritmias, la sepsis, la infección urinaria, las infecciones respiratorias, las infecciones asociadas a catéter, las complicaciones agudas del cirrótico, las reagudizaciones del EPOC, etc...Estas sesiones las daría al resto de sus compañeros de servicio (residentes mayores), ejerciendo el adjunto el papel de moderador, incentivando el pensamiento crítico.

- Contactar con los tutores y/o adjuntos de las especialidades por la que rota y con el Servicio de Urgencias para analizar cómo está siendo su aprendizaje.
- Aplicar recursos como la entrevista 360° y las entrevistas estructuradas trimestrales.
- Participación en trabajos de investigación del Servicio (fundamentalmente recogida de datos)
- Fomentar la publicación de casos clínicos.

CONSOLIDAR DURANTE EL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA LOS LOGROS INICIADOS Y/O CONSEGUIDOS EN EL PRIMER AÑO.

Contexto: el segundo año de residencia está marcado por la “llegada” al Servicio de Nefrología, exigiendo este hecho un mayor grado de implicación tanto en la asistencia como en el funcionamiento científico, docente e investigador del Servicio.

Objetivo:

- Conseguir la plena integración del residente en el funcionamiento diario del Servicio.
- Consolidar los logros iniciados/conseguidos durante el primer año.
- Asegurar el proceso de aprendizaje y formación en competencias propias de la especialidad.

Puntos de análisis:

- Consolidar la ganancia de competencias clínicas esenciales adquiridas durante el primer año.
- Asegurar la ganancia de competencias clínicas esenciales en las principales materias de la Nefrología clínica, las técnicas de diálisis y la nefropatología.
- Asegurar la ganancia de competencias en el enfermo urgente puramente nefrológico.
- Evaluar posibles conflictos en el desarrollo de su actividad profesional con el resto del personal sanitario o con los pacientes.
- Afianzar la metodología del aprendizaje del método científico orientado a los estudios médicos
- Afianzar en la metodología de liderazgo y exposición de ideas médicas a otros compañeros.

Acciones a poner en marcha:

- Establecer y pactar con el residente un calendario de sesiones cada mes fuera del horario ordinario donde en el plazo de 30-45 minutos y de una forma práctica el residente responda a una serie de preguntas de manejo clínico esencial en aquellas patologías más importantes que debe saber manejar en nefrología clínica, las técnicas de diálisis y la nefropatología (competencias clínicas, diagnósticas y terapéuticas). Estas sesiones las daría al resto de sus compañeros de servicio (residentes mayores), ejerciendo el adjunto el papel de moderador, incentivando el pensamiento crítico y proponiendo áreas de mejoras.
- Lectura crítica frecuente de artículos médicos en revistas prestigiosas (generales y propias de la especialidad), con la organización de al menos una sesión al mes de puesta en común con el resto de sus residentes (repartiendo el trabajo por bloques temáticos o por revistas).
- Incentivar la labor extraordinaria en forma de guardias, asegurando un mínimo de guardias mensuales no inferior a 5 guardias de especialidad.
- Participación en 1 sesión formativa trimestral con un contenido relacionado con la rotación en la que esté rotando en ese momento. Estas sesiones las daría al resto de sus compañeros de servicio (residentes mayores y adjuntos), siendo sometido a la situación estresante que supone hablar a una audiencia “numerosa” y “mejor preparada” que él.
- Aplicar recursos como la entrevista 360º y las entrevistas estructuradas trimestrales.
- Uso de encuestas semestrales-anales para fomentar la retroalimentación entre el residente y el adjunto con el que compartió la rotación.
- Participación en trabajos de investigación del Servicio (fundamentalmente recogida de datos)
- Fomentar la publicación de casos clínicos.
- Asistencia a reuniones locales propias de la Especialidad.

CONSOLIDAR DURANTE EL TERCER AÑO DE RESIDENCIA LOS LOGROS INICIADOS Y/O CONSEGUIDOS EN EL SEGUNDO AÑO.

Contexto: el tercer año de residencia puede estar marcado, según en qué centro (hospitales no terciarios fundamentalmente) por la necesidad de salir a rotar a otro centro que tenga unidad de Trasplante renal, perdiendo por tanto el residente contacto físico real con su servicio.

Objetivo:

- Evitar retrocesos formativos asociados a la necesidad de adaptarse a un nuevo centro de trabajo si tiene que rotar varios meses en Unidades de Trasplante renal.
- Consolidar los logros iniciados/conseguidos durante el primer y segundo año.
- Asegurar el proceso de aprendizaje y formación en competencias propias de la especialidad.
- Puntos de análisis:
 - Consolidar la ganancia de competencias clínicas esenciales adquiridas durante el primer y segundo año de residencia.
 - Asegurar la ganancia de competencias clínicas esenciales en el trasplante renal.
 - Evaluar posibles conflictos en el desarrollo de su actividad profesional con el resto del personal sanitario o con los pacientes.
 - Afianzar la metodología del aprendizaje del método científico orientado a los estudios médicos
 - Afianzar en la metodología de liderazgo y exposición de ideas médicas a otros compañeros.
 - Asegurar una adecuada elección de rotación opcional para su último año de residencia.
 - Iniciar un sondeo del mercado laboral.

Acciones a poner en marcha:

- Establecer y pactar con el residente un calendario de sesiones periódicas donde el residente responda a una serie de preguntas de manejo clínico esencial en aquellas patologías más importantes que debe saber manejar en el trasplante renal. Estas sesiones tienen el mismo formato indicado anteriormente, ejerciendo el adjunto el papel de moderador, incentivando el pensamiento crítico y proponiendo áreas de mejoras.
- Lectura crítica frecuente de artículos médicos en revistas prestigiosas (generales y propias de la especialidad), con la organización de al menos una sesión al mes en el mismo formato indicado anteriormente.
- Participación en 1 sesión formativa trimestral con un contenido relacionado con la rotación en la que esté rotando en ese momento. Mantienen el espíritu y formato indicado en el segundo año de residencia.
- Aplicar recursos como la entrevista 360° y entrevistas estructuradas trimestrales.

- Uso de encuestas semestrales para fomentar la retroalimentación entre residente-adjunto.
- Participación en algún trabajo de investigación del Servicio.
- Fomentar la publicación de casos clínicos y trabajos de investigación.
- Asistencia a reuniones nacionales propias de la Especialidad.
- Gestionar con anticipación una rotación externa opcional con unos objetivos claros predefinidos en un centro de referencia nacional y/o internacional sobre la patología que le interese.
- Revisión periódica (semanal) de las ofertas de empleo incluidas en la página de la Sociedad Española de Nefrología, así como de los principales hospitales de la Comunidad donde trabaje.

CONSOLIDAR DURANTE EL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA LOS LOGROS CONSEGUIDOS DURANTE TODA LA RESIDENCIA.

Contexto: el último año de residencia va a estar marcado por dos hitos. Uno la elección por parte del residente de una rotación opcional que complementa su formación previa a la finalización de la residencia; dos, la necesidad de salir al mercado laboral ante el inminente final de su residencia.

Objetivo:

- Evitar retrocesos formativos asociados al stress derivado de la finalización de la residencia.
- Consolidar los logros iniciados/conseguidos durante los años anteriores.
- Asegurar el proceso de aprendizaje y formación en competencias propias de la especialidad.
- Asegurar el éxito en la rotación externa opcional.
- Asegurar que el residente, en caso de no poder mantener un puesto de trabajo en el hospital donde se ha formado, pueda acceder al mercado de trabajo en las mejores condiciones.

Puntos de análisis:

- Consolidar todas las competencias clínicas adquiridas durante los años anteriores.
- Evaluar posibles conflictos en el desarrollo de su actividad profesional con el resto del personal sanitario o con los pacientes.

- Afianzar la metodología del aprendizaje del método científico orientado a los estudios médicos
- Afianzar en la metodología de liderazgo y exposición de ideas médicas a otros compañeros.
- Análisis del mercado laboral.

Acciones a poner en marcha:

- Revisar la consecución de objetivos prefijados antes del inicio de la rotación opcional externa mediante un check-list previo comprometido por ambas partes (tutor-residente).
- Revisión semanal de ofertas de trabajo incluidas en el buscador de empleo de la página web de la Sociedad Española de Nefrología.
- Facilitar la red de contactos con otros centros “amigos” con los que se colabore en estudios multicéntricos para facilitar la búsqueda de empleo.
- Establecer y pactar con el residente un calendario de sesiones periódicas donde el residente responda a una serie de preguntas que permitan evaluar la capacidad de integrar todos los conocimientos y competencias adquiridos. Proponemos la resolución de 1-3 casos clínicos cerrados en sesiones específicas diseñadas al efecto, y expuestas públicamente al resto de la unidad, ejerciendo el adjunto el papel de moderador, incentivando el pensamiento crítico y proponiendo áreas de mejoras.
- Incentivar la participación en sesiones generales del hospital.
- Lectura crítica frecuente de artículos médicos y exposición en sesiones con en el mismo formato indicado anteriormente.
- Participación en 1 sesión formativa trimestral con un contenido relacionado con la rotación en la que esté rotando en ese momento, con en el mismo formato indicado anteriormente.
- Aplicar recursos como la entrevista 360º y entrevistas estructuradas trimestrales.
- Uso de encuestas semestrales para fomentar la retroalimentación entre residente-adjunto.
- Participación en algún trabajo de investigación del Servicio.
- Fomentar la publicación de casos clínicos y trabajos de investigación.
- Asistencia a reuniones nacionales e internacionales propias de la Especialidad.
- Revisión periódica (semanal) de las ofertas de empleo incluidas en la página de

la Sociedad Española de Nefrología, así como de los principales hospitales de la Comunidad donde trabaje, incluido mailing de su c.vitae.

PUNTOS DE SUPERVISIÓN CRÍTICA ORIENTADOS EN LA GANANCIA DE COMPETENCIAS TÉCNICAS

Canalización de vías centrales y catéteres transitorios para hemodiálisis agudas.

Objetivo y puntos de análisis: conocer el adecuado procedimiento para poder canalizar un catéter transitorio para hemodiálisis urgente aguda ecodirigido, así como los condicionantes referentes en materia de seguridad (propia, de los compañeros de trabajo y del propio enfermo).

Acciones a poner en marcha:

- Conocimiento teórico de la técnica. Para ello el residente dispone de estas herramientas:
 - Material infográfico que le es facilitado al inicio de la primera rotación en hemodiálisis, 2 meses antes de su inicio en guardias de la especialidad de R2. Incluye tutoriales en forma de vídeo.
 - Taller práctico impartido bien por un adjunto bien por el R4 y tutelado por un adjunto en el que se simula el procedimiento, bajo control ecográfico sobre maniquís preparados a tal efecto.
- Realización práctica del procedimiento.
 - Asistir como ayudante de un R mayor o de un adjunto en la canalización de alguno de estos catéteres en un enfermo que va a ser sometido a hemodiálisis aguda.
 - Comprobar check list normalizado de material a utilizar y procedimiento a realizar tanto por él mismo como por el resto del equipo.
 - Acción supervisada con presencia física siempre por un adjunto aunque éste no necesariamente participe en la acción.

Realización de biopsias renales

Objetivo y puntos de análisis: conocer el adecuado procedimiento para poder realizar una biopsia renal ecodirigida, así como los condicionantes referentes en materia de seguridad (propia, de los compañeros de trabajo y del propio enfermo).

Acciones a poner en marcha:

- Conocimiento teórico de la técnica. Para ello el residente dispone de estas herramientas:
 - Material infográfico que le es facilitado al inicio de la primera rotación en hospitalización de nefrología. Incluye tutoriales en forma de vídeo.
 - Taller práctico impartido bien por un adjunto bien por el R4 y tutelado por un adjunto en el que se simula el procedimiento, bajo control ecográfico sobre bases de gelatina preparados a tal efecto que simulan la condiciones reales de trabajo.
- Realización práctica del procedimiento.
 - Asistir como ayudante de un R mayor o de un adjunto a la realización de alguna biopsia renal.
 - Comprobar check list normalizado de material a utilizar y procedimiento a realizar tanto por él mismo como por el resto del equipo.
 - Acción supervisada con presencia física siempre por un adjunto aunque éste no necesariamente participe en la biopsia.

Saber indicar una diálisis aguda (hemodiálisis y d. peritoneal)

Objetivo y puntos de análisis: conocer el adecuado procedimiento para poder indicar una diálisis aguda, así como los condicionantes referentes en materia de seguridad (propia, de los compañeros de trabajo y del propio enfermo).

Acciones a poner en marcha:

- Conocimiento teórico de la técnica. Para ello el residente dispone de estas herramientas:
 - Cuenta con una rotación específica 2 meses antes de incorporarse al pool de guardias de especialidad donde aprende las nociones básicas de ambas técnicas de diálisis.
 - Material infográfico variado que le es facilitado al inicio de esta rotación.
- Realización práctica del procedimiento.
 - Taller práctico impartido bien por un adjunto bien por el R4 y tutelado por un adjunto en el que se simula el procedimiento, con casos clínicos reales ya atendidos, haciendo un briefing posterior que sirva para asentar conocimientos y resolver dudas. Resulta de alto interés el poder reproducir de la mejor manera posible las condiciones habituales de trabajo (p. ejemplo, disponer de centros con simulación).

- Acción supervisada por un adjunto (no necesaria presencia física siempre, dependerá del tipo de enfermo y sus condiciones de partida) aunque éste no necesariamente participe en la misma.

Atender una hiperpotasemia con trastorno del ritmo cardíaco

Objetivo y puntos de análisis: conocer el adecuado procedimiento para poder tratar de forma satisfactoria una arritmia asociada a una hiperpotasemia aguda.

Acciones a poner en marcha:

- Conocimiento teórico sobre la patología, cómo se produce, cómo se detecta y cómo se trata.
- Asegurar que el hospital donde cursa la residencia cuenta con cursos de formación transversales que incluyen la posibilidad de aprender el manejo teórico y práctico de esta patología (cursos de urgencias, cursos de electrocardiograma- arritmias, cursos de manejo de enfermo crítico, etc).
- Organizar un taller práctico impartido bien por adjunto bien por el R4 y tutelado por un adjunto en el que se simula el abordaje de esta patología desde la óptica propia de los matices de los enfermos renales, con casos clínicos reales ya atendidos, haciendo un briefing posterior que sirva para resolver dudas. Mejor si se dispone de una unidad de simulación.
- Acción supervisada por un adjunto (necesaria presencia física siempre) aunque éste no necesariamente participe en la misma.

Atender una hipotensión arterial severa, una arritmia intradiálisis y/o una parada cardiorrespiratoria en hemodiálisis

Objetivo y puntos de análisis: conocer el adecuado procedimiento para poder tratar de forma satisfactoria una arritmia grave que puede acarrear una parada cardiorrespiratoria durante una sesión de hemodiálisis.

Acciones a poner en marcha:

- Conocimiento teórico sobre la patología, cómo se produce, cómo se detecta y cómo se trata.
- Asegurar que el hospital donde cursa la residencia cuenta con cursos de formación transversales que incluyen la posibilidad de aprender el manejo teórico y práctico de esta patología (cursos de urgencias, cursos de electrocardiograma- arritmias, cursos de manejo de enfermo crítico, etc).

- Organizar un taller práctico impartido bien por adjunto bien por el R4 y tutelado por un adjunto en el que se simula el abordaje de esta patología desde la óptica propia de los matices de los enfermos renales, con casos clínicos reales ya atendidos, haciendo un briefing posterior que sirva para resolver dudas. Mejor si se dispone de una unidad de simulación.
- Acción supervisada por un adjunto (necesaria presencia física siempre) con aviso inmediato a la unidad de parada del centro.



CAPÍTULO 27
ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACION EN LA ESPECIALIDAD
DE NEUMOLOGIA

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORIZACION EN LA ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGIA

Dra. Eva Higes. Tutora de Neumología.

La neumología es la especialidad que se ocupa de la fisiología y la patología del aparato respiratorio. Su finalidad básica es el estudio de la etiología, epidemiología, patogenia, fisiopatología, semiología, diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.

Aunque se trata de una especialidad médica, y por tanto tiene una vertiente eminentemente clínica, en las últimas décadas el gran desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, ha propiciado que la especialidad haya adquirido también un importante componente técnico.

Los aspectos fundamentales en la formación del residente de neumología pueden resumirse en los siguientes puntos.

ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CLÍNICOS

El conocimiento de la patología respiratoria está en continuo desarrollo gracias a los avances en la comprensión de la fisiopatología de enfermedades tan conocidas como el asma o la EPOC, y de otras que se han descrito más recientemente como las enfermedades intersticiales o los trastornos respiratorios del sueño.

El residente de neumología debe adquirir conocimientos teóricos actualizados en las distintas patologías respiratorias, por supuesto a través del estudio, pero también a través de los profesionales que intervienen en su formación. Esto supone a la vez un esfuerzo y un beneficio para todo el equipo de trabajo, ya que obliga a una actualización periódica. La realización de sesiones clínicas, bibliográficas... en una herramienta fundamental para ampliar estos conocimientos teóricos.

En cuanto a las habilidades clínicas, estas deben desarrollarse de forma equitativa entre la atención del paciente agudo, bien en urgencias o planta de hospitalización, y la del paciente crónico que realiza seguimiento en consultas. Además la consulta permite también el desarrollo de habilidades en la valoración inicial del paciente que acude para realizar el diagnóstico de una patología de nueva aparición.

ADQUISICIÓN DE HABILIDADES TÉCNICAS

Los aspectos técnicos implicados en el manejo de la patología respiratoria han ido ganando terreno dentro de las habilidades precisas para la formación de un neumólogo.

Las técnicas endoscópicas incluyen continuamente nuevas adquisiciones, tanto para procedimientos diagnósticos como terapéuticos. Otros avances importantes han sido la introducción de la ecografía en el manejo de la patología pulmonar y el desarrollo de nuevas técnicas en la valoración funcional respiratoria.

Por otra parte la ventilación mecánica no invasiva es uno de los campos con mayor desarrollo dentro del arsenal terapéutico del paciente con insuficiencia respiratoria.

Todas estas innovaciones han supuesto algunos problemas en la formación de los residentes. Por una parte el tiempo de residencia con frecuencia es corto para adquirir al menos fundamentos básicos de todas las técnicas por lo que es muy importante ir adaptando los programas formativos a las nuevas necesidades. Además no todos los centros disponen de dichas técnicas y esto obliga a realizar rotaciones en centros de referencia que tiene largas listas de espera, por lo que la planificación debería realizarse casi desde el inicio de la residencia.

Un aspecto positivo y que facilita esta labor es el papel de las sociedades científicas. Tanto la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) como las sociedades regionales, tienen un amplio programa formativo con cursos específicos en estas habilidades técnicas que los residentes pueden aprovechar.

ASPECTOS ÉTICOS Y PRÁCTICOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE RESPIRATORIO CRÓNICO

Las enfermedades respiratorias con frecuencia son enfermedades crónicas e incapacitantes. Los avances en los tratamientos han conseguido aumentar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes que padecen estas enfermedades, pero en contrapartida han hecho que se conviertan en pacientes con una gran complejidad. En estos

pacientes no sólo tendremos dificultades para el manejo clínico, sino que debemos contemplar otros aspectos muy relevantes y en ocasiones pueden plantearse situaciones que nos pongan ante dilemas éticos.

El residente de neumología debe adquirir habilidades para manejar estos aspectos:

- Valorar la capacidad de autocuidado del paciente y el soporte familiar y social.
- Conocer las estrategias disponibles para el manejo domiciliario del paciente crónico, incluyendo la telemedicina como herramienta que va adquiriendo cada día más relevancia.
- Conocer y afrontar con el paciente y la familia los cuidados al final de la vida, respetando la dignidad del paciente.

Estas habilidades no son fáciles de aprender ya que están íntimamente ligadas a los valores de cada paciente y cada profesional pero son uno de los aspectos más enriquecedores en el desarrollo personal y profesional de un médico.

Para facilitar este aprendizaje son de gran utilidad las sesiones de revisión de "Incidente Crítico" en las que se plantean casos en los que se haya producido alguna situación especialmente complicada o inesperada. El problema puede ser tanto de manejo clínico como de comunicación con el paciente o la familia, o de toma de decisiones que hayan puesto al profesional en un dilema moral. En estas sesiones los distintos profesionales escuchan la presentación del caso y posteriormente se interpreta y se intenta dar respuesta a las dudas surgidas entre todos.

ASPECTOS DOCENTES, INVESTIGADORES Y ORGANIZATIVOS

Aunque gran parte de los profesionales médicos dedicamos la mayor parte del tiempo al desarrollo de nuestra faceta asistencial, no hay que olvidar que también tenemos que realizar labores docentes, investigadoras y organizativas. Es importante involucrar al residente en estos aspectos desde el principio.

Conocer bien la estructura del propio servicio y del resto del hospital, la organización de la actividad, la rentabilidad y costes de las pruebas... hará que el residente haga un uso racional de los recursos.

La participación en actividades de investigación (publicaciones, comunicaciones en congresos, participación en ensayos clínicos...) es recomendable desde el inicio de la residencia con una autonomía progresivamente mayor. Nosotros también aconsejamos

a los residentes para que se inscriban en las sociedades científicas nacionales y regionales desde el inicio de la residencia y así poder participar de todas las actividades que ofrecen.

Además los residentes pueden y deben participar en la formación de estudiantes y de residentes menores.

Las evaluaciones periódicas permiten ver la evolución del proceso de aprendizaje. Cuando en estas evaluaciones se implica a distintos profesionales y pacientes, la interpretación de las mismas es mucho más enriquecedora, ya que permite valorar aspectos muy distintos de las habilidades del residente. En este sentido nosotros tenemos una experiencia muy satisfactoria con la "Evaluación 360°" en la que participan médicos tanto adjuntos como otros residentes, personal de enfermería y pacientes o familiares y el propio residente hace una autoevaluación.

La comunicación entre tutor y residente debe ser fluida y en este sentido es muy beneficioso hacer entrevistas estructuradas frecuentes. Nosotros recomendamos realizar al menos una en cada rotación para poder solventar los posibles problemas que surjan lo antes posible.

Para que la residencia sea un período fructífero todos estos aspectos deben ser tratados con cada residente de un modo individualizado y flexible dentro de las posibilidades organizativas.



CAPÍTULO 28

ASPECTOS CLAVE EN LA TUTORIA DE LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA

ASPECTOS CLAVE EN LA TUTORIA DE LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA

Dra. Laura Borrega. Dr. José Luis Dobato. Tutores de Neurología.

La Neurología es la rama de la Medicina que se ocupa del estudio de patología del Sistema Nervioso. Específicamente abarca la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan al **sistema nervioso central**, **sistema nervioso periférico** y el sistema nervioso autónomo. Incluye así mismo el conocimiento de las técnicas diagnósticas y terapéuticas encaminadas al correcto manejo de los pacientes neurológicos.

FORMACIÓN CLÍNICA

Para adquirir una buena formación en Neurología es fundamental adquirir previamente una sólida base de patología general y medicina interna que se completa y fundamenta durante las primeras rotaciones realizadas durante la residencia. Para ello son importantes las rotaciones realizadas por las unidades de Medicina Interna y Urgencias. En estas rotaciones se consolida sobre todo el conocimiento y manejo del paciente hospitalizado que el residente va a tener que desarrollar posteriormente durante sus rotaciones por los diferentes ámbitos de hospitalización de neurología. Así mismo, especialmente durante los dos primeros años de la residencia, se realizan rotaciones por otros servicios con los que, por las características de sus pacientes, deberá interactuar y colaborar el neurólogo durante su carrera profesional, como son Cardiología, Psiquiatría y Neurocirugía.

La formación del residente de neurología en el ámbito de nuestra especialidad se reparte básicamente en dos grandes áreas que son la consulta y la hospitalización. Las rotaciones por el área de consultas incluyen las de consulta de Neurología General, imprescindible en los dos primeros años de residencia, y las de cada una de las consultas monográficas o unidades especializadas del servicio docente. Debido al aumento progresivo de nivel de especialización de los profesionales, en los distintos servicios

de Neurología existen diferentes áreas o unidades monográficas especializadas, no siempre comunes y presentes en todos los servicios de neurología. Eso implica que en algunas ocasiones, la formación en cada patología precise del apoyo de una rotación Unidades de referencia de otros hospitales, por lo se debe tener en cuenta desde el inicio de la especialidad para poder planificar las rotaciones por dichas áreas en el itinerario formativo de cada residente. Entre estas rotaciones son muy importantes las de Neurofisiología, que abarcan la formación en Electroencefalografía, potenciales evocados y electromiografía. En nuestra Unidad disponemos de la ventaja de tener asociados los servicios de neurología y neurofisiología en una misma unidad, lo que facilita en gran manera la valoración conjunta de los paciente y mejora la colaboración entre neurofisiólogos y neurólogos en la formación del residente de neurología.

El área de hospitalización en nuestro centro se reparte en dos grandes áreas que son la patología cerebrovascular y la neurología general. El residente debe repartir de manera equilibrada a su formación en ambas.

FORMACIÓN TEÓRICA

A nivel teórico, el residente de neurología ha de realizar cursos formativos, tanto transversales (comunes a otras especialidades del Área Médica) como específicos de la especialidad.

La Sociedad Española de Neurología organiza anualmente cursos centrados en los distintos grupos de patología que están orientados a los residentes de los distintos años de residencia. La asistencia a estos cursos consideramos que es fundamental por dos razones, la primera, para la adquisición de los conocimientos teóricos y la segunda es para estimular el estudio y profundizar en la patología.

Además se deben completar los cursos transversales comunes a todos los residentes del resto de especialidades.

HABILIDADES TÉCNICAS

Dentro de la Formación del residente de Neurología un aspecto que cada vez más importante en su formación es la adquisición de distintas habilidades técnicas.

La primera es la capacitación para la realización de estudios neurovasculares (Duplex de troncos supraaórticos y transcraneal). Esta formación se puede realizar en las distintas Unidades de Ictus con neurólogos expertos, pudiendo precisar, según los cen-

tros, de apoyo en otros servicios como el de Radiodiagnóstico. La formación en este campo es de vital importancia para el manejo urgente del paciente con patología cerebrovascular aguda.

Además, de manera más ocasional, al neurólogo recién formado que se enfrenta al mercado laboral, se le piden formación avanzada en otras técnicas como son la electromiografía y la electroencefalografía por lo que la formación en estas técnicas debería ser, al finalizar la residencia, lo más amplia posible.

SEGUIMIENTO DEL RESIDENTE

Como instrumentos fundamentales para realizar el seguimiento de la adquisición de competencias del residente así como la identificación de aspectos susceptibles de mejora consideramos que se encuentran:

- La realización y seguimiento de un itinerario formativo individual y consensuado con cada residente, atendiendo, siempre que sea posible, a sus distintos intereses y necesidades.
- La realización de entrevistas estructuradas después de cada rotación en las que se analicen los objetivos cumplidos, y las posibles dificultades o carencias de la misma.
- La asistencia y preparación /presentación de sesiones en el Servicio, tanto las más formales (monográficas, bibliográficas, casos clínicos) cómo las mas informales (p. eh. "pases" de guardia).

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los principales problemas que nos solemos encontrar como tutores serían:

- En centros que no dispongan de varias de las rotaciones necesarias, la necesidad de programar éstas con tiempo o bien realizar convenios docentes con otros hospitales, así como la necesidad de realizar, en estos casos, un seguimiento estrecho y la monitorizar los avances en la adquisición de competencias del residente durante esos periodos. Esto último se intenta solventar con las entrevistas estructuradas después de cada período de rotación.
- La sobrecarga de trabajo asistencial del servicio complica la tarea docente no sólo de los tutores si no del resto de especialistas de la unidad. La manera de paliar estas dificultades consideramos que puede ser realizando una supervisión más estrecha de las tareas estrictamente asistenciales que se le asignan al residente.



CAPÍTULO 29

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORÍA DE LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA

ASPECTOS CLAVES EN LA TUTORÍA DE LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA

Dras. Carmen Carrasco Font. María Carmen Garcia Saenz. Tutoras de oftalmología.

La Oftalmología es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los defectos y enfermedades del aparato de la visión. El fundamento de la especialidad radica en el conocimiento anatómico y funcional del globo ocular. Este aun siendo un órgano pequeño, tiene una complejidad que implica la necesidad de que esta especialidad este dividida en múltiples subespecialidades. El itinerario de la especialidad obliga a rotar a nuestros residentes en todas las subespecialidades, de una forma regular, pues es preciso adquirir destrezas medicas y quirúrgicas en las diferentes áreas: polo anterior, uveítis, retina, glaucoma, estrabismo, óculoplástia o neuro-oftalmología.

Como especialidad médico-quirúrgica, una parte determinante es la cirugía, donde es necesario una buena destreza manual, asociado a un número determinado de distintos procedimientos donde se debe profundizar, desde la cirugía de catarata, esencial en la oftalmología, hasta las cirugías corneales, vitrectomias, cirugías de glaucoma, estrabismos, párpados y vías lagrimales.

En la práctica médica de esta especialidad el campo que abarca es muy amplio ya que existen múltiples enfermedades primarias del ojo como: cataratas, glaucoma, o degeneración macular senil, asociadas al envejecimiento de la población con un elevado número de pacientes. Por otro lado, el ojo es la expresión de muchas enfermedades sistémicas como las vasculitis, retinopatía diabética o hipertensión arterial descompensada, siendo en muchas ocasiones las interconsultas de gran importancia para el apoyo a otras especialidades.

Las urgencias oftalmológicas son patologías frecuentes y precisan un tratamiento específico. Deben conocer como actuar rápidamente para solucionar problemas de ojos

rojos (con un gran diagnóstico diferencial), dolor ocular o pérdidas agudas de visión. A lo largo de su formación se les enseña a discriminar estas urgencias según la gravedad y los protocolos de actuación en cada caso.

La oftalmología además maneja equipos de tecnología avanzada, cuya complejidad en algunas ocasiones obliga a un tiempo de aprendizaje elevado. Gran parte de los diagnósticos se apoyan en imágenes y hay equipos digitalizados que analizan la información (AFG, retinógrafos, OCT, Topógrafos) para aplicar tratamientos más específicos.

Otra característica distintiva de esta especialidad, es que la mayoría de los pacientes son tratados en consultas externas, que suelen estar bastante masificadas, y la cirugía, es cirugía mayor ambulatoria, sin ingreso, de forma que la parte de hospitalización en esta especialidad está muy reducida.

Con respecto a la formación, orientamos y recomendamos la asistencia y participación en congresos y cursos de formación nacionales e internacionales, teóricos y también prácticos (*wet-labs*) para complementar y estimular a avanzar en el conocimiento de la oftalmología. Asimismo la realización de rotaciones externas en hospitales extranjeros tiene una doble finalidad formativa: por un lado en la propia especialidad y por otro lado aprender como se estructura otra Unidad de Oftalmología.

El estudio de los conocimientos teóricos de la oftalmología, también nos parece fundamental, animando y facilitando la realización de sesiones clínicas supervisadas sobre los diferentes temas de la especialidad. A los residentes se les estimula a la obtención de los diplomas europeo e internacional: EBO (*European Board of Ophthalmology*) e ICO (*International Council of Ophthalmology*), que permiten unificar el nivel de competencias y formación de especialistas. Su posesión es un indicador de una formación de alto nivel. En los últimos años la mayoría de nuestros residentes se han presentado y obtenido unos buenos resultados en estos exámenes.

Además de facilitar la vertiente teórica y el desarrollo práctico clínico-quirúrgico, intentamos promocionar la faceta docente e investigadora. Durante su formación contribuirán en las Prácticas y Seminarios de los alumnos de medicina, realizarán comunicaciones nacionales e internacionales y se buscará integrarles en alguna de las líneas de investigación del Servicio y realizar algunas publicaciones o proyectos de investigación según sus intereses (FIS, proyectos de tesis, etc)

En relación con la atención que se realiza a los MIR de familia, en el mes de rotación por oftalmología, para aprovechar mejor ese tiempo tan limitado que están con no-

sotros, hemos incorporado una pequeña tabla con las patologías oftalmológicas generales que consideramos que un médico general debe saber diagnosticar y tratar, exigiendo entregarla rellena al final de la rotación y corrigiendo aquellos puntos que se pueden mejorar, y de esta forma el residente en el futuro pueda tratar estas patologías oftalmológicas comunes. Además nos parece de suma importancia que el médico de familia conozca los distintos criterios de derivación a nuestras consultas así como las patologías urgentes que deben ser remitidas sin demora.

En cuanto los principales problemas específicos de los residentes de oftalmología que hemos encontrado en nuestra labor como tutoras han sido hasta ahora sencillos de solucionar:

- Evaluación negativa por parte de los médicos del propio servicio, que en muchas ocasiones exigen a los residentes más, de lo que sobretodo en los primeros años de residencia, son capaces de realizar. Convirtiéndonos en mediadores de la buena convivencia entre adjuntos y residentes.
- Dificultad en la solicitud y confirmación de rotación externas en el tiempo estipulado, lo que complica la organización de servicio y la posible limitación de rotaciones externas para impedir la coincidencia de más de uno de los residentes. La solución es planificar las rotaciones de forma global con todos los residentes y siempre con tiempo de anticipación adecuada.
- La motivación del residente puede ser en ocasiones complicada, más en el caso que hayan realizado una residencia previa, en estos casos, la entrevista estructurada, animando al residente, ofreciéndoles trabajos de investigación y tareas específicas, pueden ayudar a aquellos residentes más desmotivados. El proceso de feed-back constante es clave para su avance profesional.
- Otro problema que nos hemos encontrado es el gran afán de nuestros residentes por la cirugía, y la dificultad inicial de adquirir una adecuada destreza, les hace a veces, olvidar la importancia fundamental del bienestar del paciente. Para ello es de gran interés que todos los adjuntos, con su ejemplo, recuerden en todo momento su preocupación por el paciente.

En general, en la FHA el tamaño reducido de los servicios, y las entrevistas estructuradas, cada trimestre, permite el seguimiento de los avances en la adquisición de competencias, identificando las áreas y los puntos susceptibles de mejorar, y aportar las sugerencias para corregirlas pudiendo solucionar la mayor parte de esos pequeños problemas que han podido presentarse.



CAPÍTULO 30

ASPECTOS CLAVE DE LA TUTORÍA EN LA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA

ASPECTOS CLAVE DE LA TUTORÍA EN LA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Dra. Alicia Hurtado Nuño. Dr. Juan Carlos Cámara Vicario. Tutores de oncología

INTRODUCCIÓN

La Oncología Médica es una especialidad troncal de la Medicina, para la que se requiere una formación básica y fundamental en Medicina Interna, y que capacita al especialista en la evaluación y manejo de los pacientes con cáncer.

El oncólogo médico se especializa en la atención del enfermo con cáncer **de manera global**. Su objetivo es el cuidado del enfermo desde el diagnóstico, incluyendo el tratamiento y seguimiento, hasta la curación o durante la fase final de la enfermedad incurable. Atiende la patología asociada a la enfermedad y las complicaciones derivadas del tratamiento. Colabora activamente en el apoyo emocional, social y psicológico que los pacientes y sus familiares necesitan. Es de su especial competencia el manejo de los fármacos antineoplásicos, y debe poseer un conocimiento amplio de su farmacocinética, interacciones con otras drogas y sistemas de monitorización de los niveles de las mismas.

Para lograr estos propósitos la metodología docente se basa en el aprendizaje mediante el ejercicio profesional en un entorno supervisado, donde se van asumiendo progresivamente responsabilidades a medida que se adquieren las competencias previstas en el programa de formación, hasta llegar al grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad.

Para ello son necesarias estrategias docentes que favorezcan el pensamiento crítico y permitan la integración de la formación teórica con la clínica e investigación que se

lleva a cabo en la Unidad. Se potenciará el auto aprendizaje tutorizado, ayudado por seminarios, talleres, discusión de casos con expertos en cada tema, y otros métodos que estimulen la responsabilidad y la autonomía progresiva del residente. Durante cada una de sus rotaciones, el residente debe demostrar que dispone de los conocimientos suficientes y que los utiliza regularmente en el razonamiento clínico.

En cada una de las áreas de especialización, el residente ha de integrar conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes que le permitan avanzar en su formación. El es el principal responsable de su aprendizaje, la función de los especialistas con los que se forma es la de facilitar dicho aprendizaje, supervisar sus actividades y evaluar su progreso.

A lo largo de sus años de formación, el residente ha de participar en todas las actividades de formación, investigación y gestión clínica.

ASPECTOS RELEVANTES EN LA PRÁCTICA HABITUAL DEL TUTOR DE RESIDENTES DE ONCOLOGÍA MÉDICA

En las próximas líneas se pretenden resaltar aquellos aspectos que pueden resultar de utilidad a la hora de abordar los principales aspectos de la tutorización en un área tan sensible y cambiante como es la oncología.

Como en el resto de especialidades médicas, la labor de tutoría comienza con el desarrollo de un **itinerario formativo** que contemple todos los aspectos de la especialidad y que, a la vez, pueda y sepa adaptarse a las peculiaridades de cada residente. Creemos que este aspecto es crítico y debe ir más allá de la simple “personalización” añadiendo el nombre del residente al itinerario estándar. Para ello es preciso intentar conocer al nuevo residente lo mejor posible. En nuestra práctica, teniendo en cuenta que el residente va a estar fuera de la Unidad de Oncología durante muchos meses, se hace necesario llevar a cabo varias entrevistas enfocadas a conocer cuáles son las expectativas del residente con respecto a la especialidad y comprobar que se adaptan al itinerario formativo. Las modificaciones en el esquema de rotaciones previstas siempre son complicadas de llevar a cabo desde un punto de vista logístico, pero sin duda contribuyen al objetivo de lograr un residente motivado e implicado en su formación.

Incorporación a la Unidad

A pesar del contacto más o menos esporádico con los pacientes con cáncer durante las rotaciones en Medicina Interna y resto de especialidades médicas, es al llegar a

la Unidad de Oncología al inicio del tercer año de residencia cuando el residente de oncología se topará de lleno con la realidad de nuestra especialidad: pacientes que requieren un gran número de cuidados médicos y que además de padecer, sufren (junto con sus familias) las consecuencias de su enfermedad. Con frecuencia el residente se ve desbordado por la necesidad de adquirir una gran cantidad de conocimientos sobre las diferentes áreas de la especialidad y de desarrollar habilidades de comunicación y empatía para las que habitualmente no ha recibido formación específica. Vemos de especial importancia ofrecer al residente en esta fase de su especialización el soporte humano y ético necesarios para evitar que se sienta abrumado o frustrado por la tarea. Creemos que resulta especialmente útil en esta fase el desarrollo de talleres de comunicación en los que, en formato de simulación, se enfrente al residente a la resolución de problemas habituales en Oncología (información sobre nuevo diagnóstico de cáncer, ausencia de respuesta a los tratamientos recibidos, consideraciones sobre pronóstico de la enfermedad, interrupción de tratamiento oncológico activo y necesidad de cuidados paliativos...).

SUPERVISIÓN Y AUTONOMÍA

En los últimos años de la residencia la actividad formativa del residente mayor se desarrolla (al igual que la del especialista en Oncología) fundamentalmente en el ámbito de consultas externas. En esta fase es de especial importancia que el residente adquiera las competencias necesarias para poder hacer frente al diagnóstico y tratamiento de las principales neoplasias, familiarizándose con la administración de quimioterapia, agentes biológicos, inmunoterapia, hormonoterapia, indicaciones de radioterapia, tratamiento del dolor, etc. Al mismo tiempo debe adquirir progresiva autonomía que le permita manejar en el futuro de forma autónoma este tipo de situaciones. Para garantizar una supervisión adecuada se propone que los residentes comenten siempre al paciente con el adjunto responsable ante aquellas situaciones especialmente críticas: al inicio del tratamiento, al finalizar la quimioterapia adyuvante, ante cualquier prueba de imagen o laboratorio que sugiera progresión de su enfermedad o cuando se plantee un cambio de línea terapéutica. También se comentarán y consensuarán los informes clínicos que sea preciso emitir y las canalizaciones a otros centros.

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON CÁNCER

La complejidad de las enfermedades neoplásicas habitualmente hace imprescindible la participación de un buen número de médicos especialistas, así como una adecuada coordinación con Atención Primaria, Trabajo Social y asociaciones de voluntariado y pacientes. Es de vital importancia que el residente de Oncología se empape desde el

inicio de su residencia en la importancia crítica del abordaje multidisciplinar del cáncer, fomentando su participación en Comités de Tumores de las distintas patologías, sesiones interhospitalarias y elaboración de protocolos asistenciales con otras especialidades implicadas en la atención al paciente oncológico.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y TRASLACIONAL

El papel de la investigación básica y clínica es crucial en una especialidad en continuo desarrollo como la oncología. Con frecuencia los tratamientos disponibles son claramente mejorables y se hace necesario disponer de nuevos fármacos que mejoren los resultados presentes. Consideramos crítico que el residente se forme en esta dinámica de mejora continua y que se involucre en todo tipo de proyectos de investigación. Para ello creemos que debe promoverse su participación como subinvestigador en los ensayos clínicos que se lleven a cabo en la Unidad, proyectos de investigación propios o auspiciados por el resto de médicos de la unidad (con comunicación de resultados en las correspondientes congresos y reuniones científicas), rotación e implicación en proyectos a realizar en centros de reconocido prestigio en investigación básica (CNIO, universidades), etc.

Del mismo modo, creemos de gran utilidad ofrecer al residente la posibilidad de realizar rotaciones en centros extranjeros de prestigio, donde poder completar sus conocimientos, involucrarse en proyectos de investigación y, sobre todo, conocer de primera mano otros sistemas sanitarios y otras formas de afrontar la enfermedad oncológica tanto por los pacientes como por los propios profesionales. En los últimos años hemos colaborado con diferentes centros docentes en los Estados Unidos y consideramos que experiencia ha sido muy positiva para nuestros residentes.

Finalmente, y no por ello menos importante, no quisiéramos dejar de destacar la importancia de transmitir en todo momento al residente la importancia de mantener siempre los valores humanos y éticos de nuestra profesión en la atención a los pacientes con cáncer.



CAPÍTULO 31

ASPECTOS CLAVE DE LA TUTORIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

ASPECTOS CLAVE DE LA TUTORIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

D. Francisco Javier Bravo Fernández. Enfermero Especialista en Pediatría. Tutor EIR de Pediatría.

Se define como **Enfermero Especialista en Enfermería Pediátrica**, a aquel profesional capacitado para proporcionar, de forma autónoma, **cuidados de enfermería especializados** a un grupo de población cuyo rango de edad comprende desde el nacimiento a la adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente enfermo, así como su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con profesionales de Enfermería especialistas de otras áreas.

Asimismo, es aquel profesional de Enfermería que, aplicando el método científico, **ejercerá el liderazgo en el ámbito del cuidado** al recién nacido, niño y adolescente, sano y con procesos patológicos agudos, crónicos o incapacitantes; estará capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollará trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de la especialidad.

Según la *Orden SAS/1730/2010*, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica, éste deberá constar de:

- **Rotaciones internas y externas.**

La formación clínica del Enfermero Residente en Pediatría, se desarrollará tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

- **Guardias.**

En cualquier dispositivo de la Unidad Docente, preferentemente en aquellos de atención especializada. Entre **2 y 4 guardias mensuales**, organizadas en jornada continua de **14 horas diurnas o en guardia nocturna de 10 horas viernes o sábado.**

- **Sesiones del servicio.**

Una presentación a la finalización de cada rotación o una cada dos meses.

- **Cursos de Formación Común Complementaria para residentes.**

El residente, en su primer año, debe realizar los **cursos transversales** exigidos, además de otros que se consideran **indispensables** para el aprendizaje del Enfermero Residente en Pediatría.

- **Congresos, Jornadas, Formación Investigadora y Publicaciones.**

Un **proyecto de investigación**, que deberá ser presentado en las **Jornadas de Residentes de Enfermería Pediátrica** que se realizan todos los años. También se alienta y se facilita a los residentes que presenten el proyecto en algún congreso o que lo publiquen.

En cuanto a la **evaluación** del Residente, ésta se realiza actualmente con los siguientes documentos:

- **Documento de Evaluación del Residente** (según el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte). **En cada rotación**, siendo el número de evaluaciones en nuestra Especialidad de aproximadamente **5 – 6 por año**, lo que da una visión muy específica de cómo evoluciona la formación del residente.
 - **Documento de Evaluación del Residente** (según el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte). **En cada rotación**, siendo el número de evaluaciones en nuestra Especialidad de aproximadamente **5 – 6 por año**, lo que da una visión muy específica de cómo evoluciona la formación del residente.
 - **Entrevistas Estructuradas. Una por rotación**, lo que proporciona un número importante de las mismas y ayuda a resolver problemas que surjan durante ellas.
 - **Incidente Crítico.** Se aconseja al residente la realización del mismo y que se adjunte a la memoria.
 - **Memoria/Libro del Residente.** Los residentes la realizan **durante el año** y se le solicita cuando están terminando el año para su revisión.
 - **Evaluación Anual del Residente.**
 - **Informe del Tutor.** Informe de cada residente con la evaluación formativa del mismo y aspectos de mejora si procediese. Dicho informe se da a conocer al residente.

PROBLEMAS FRECUENTES EN LA TUTORIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Podemos clasificarlos en:

VARIABILIDAD Y EXTENSIÓN DE CONTENIDO

La Pediatría es una rama extensa de la Medicina que, aunque abarca una franja de edad corta en comparación con la edad adulta, sí supone una etapa con grandes cambios tanto anatómicos como fisiológicos que se producen desde el nacimiento hasta la adolescencia. Ello se traduce en una gran variabilidad de patologías, que tal y como aparecen en una determinada edad, dejan de existir más adelante o sus efectos varían en función de la etapa pediátrica en la que se manifiesten.

Al igual que la Pediatría, la Enfermería Pediátrica abarca así mismo un gran campo de actuación. La atención al niño, los cuidados, varían enormemente si tratamos a un recién nacido, un lactante, un preescolar, un escolar o un adolescente. He ahí la primera y más grande dificultad que nos encontramos en esta Especialidad: mucho contenido para tan sólo dos años de residencia. Y es que, aunque el programa formativo sugerido por el Ministerio de Educación, intenta “tocar” todos los puntos relacionados con la Enfermería Pediátrica, al final parece centrarse en lo más técnico y llamativo (UCIN, UCIP, Atención Primaria...) olvidándose de otros no menos importantes como la Pediatría Social o Psiquiátrica.

Por otro lado, tanta variabilidad de contenido no puede ser satisfecha por muchos hospitales acreditados para la formación de futuros Especialistas en Enfermería Pediátrica lo que obliga a que la gran mayoría tenga que ofertar rotaciones externas en hospitales de mayor nivel (bajo concierto o no, acreditados o no) para suplir las carencias en ciertas áreas. De aquí deriva el siguiente problema o hándicap para el tutor, que no es otro que organizar y reservar con suficiente antelación las diversas rotaciones que desarrollarán los residentes durante su año de formación en esos hospitales. Para ello será necesario contar con una buena y actualizada agenda de teléfonos y correos electrónicos de los tutores responsables y contactar y negociar con ellos para no quedarse “descolgados” para el año de formación que entra. Una vez organizado el cuadrante de rotaciones de cada residente será tiempo de avisar con suficiente antelación a los tutores o responsables de Enfermería de las Unidades donde rotará el residente para advertirle de su inminente incorporación y que así, éste nos indique como debemos proceder al respecto.

ORGANIZACIÓN DE LAS GUARDIAS ASISTENCIALES

El residente podrá realizar entre 2 y 4 guardias al mes. Para 4 residentes, el total de guardias puede ser de hasta 16. Y todas ellas deben ser realizadas dentro de la Unidad Docente. En el H.U.F.A. los residentes pueden realizar sus guardias, dependiendo del horario de actividad en los siguiente Servicios:

- Neonatología.
- Hospitalización de Pediatría.
- Urgencias Pediátricas.
- Hospital de Día Pediátrico.
- Consultas de Pediatría.

Actualmente, y debido al bajo número de residentes, se permite que ellos mismos se programen sus guardias, con una serie de peculiaridades a tener en cuenta:

- Si es posible, la guardia se realizará en el Servicio donde esté rotando el residente. Sólo si la actividad en ese Servicio es baja podrá desempeñar su guardia en otro Servicio de la Unidad Docente.
- No deberían coincidir dos o más residentes en una misma guardia, pero si así sucede deberán repartirse en los Servicios de la Unidad Docente anteriormente citados.
- El tutor podrá obligar o sugerir, atendiendo a criterios docentes y nunca a criterios de cargas de trabajo, donde debe realizar la guardia un residente.

La guardia quedará constatada a través de una hoja de registro que deberá ser rellena-da y firmada por el residente, así como por un Enfermero Especialista coincidente en el turno. Dicho registro se pasará al Responsable de Enfermería que se encargará de comu-nicar la guardia al Servicio de Nóminas para el consiguiente abono.

ORGANIZACIÓN DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN

Todos los años, una vez se incorporan los nuevos residentes, la Comisión de Docencia publica la oferta de cursos transversales que éstos deben realizar de forma obligatoria. A parte, la propia Unidad Docente organiza una formación complementaria relacionada con la Especialidad que, igualmente, es obligatoria y, además, el propio residente tiene derecho a 40 horas de formación adicionales que podrá disfrutar con las actividades formativas que desee siempre y cuando guarden relación con la Especialidad de Enfermería Pediátrica.

La asistencia a dichos cursos puede hacer dudar al tutor responsable de si debe consi-derarse como tiempo trabajado. Personalmente, al ser obligatorios, considero que debe ser así y según esto pueden darse dos opciones:

- Que el horario del curso coincida con el horario de la rotación.
- En este caso el residente se ve obligado a ausentarse de la Unidad donde efectúe su rotación para asistir al curso y ese tiempo computará como tiempo trabajado (7 horas).
- Que el horario del curso no coincida con el horario de la rotación.

Aquí podemos dar a elegir a nuestro residente entre dos opciones:

- Asistir en el mismo día al curso y a su rotación, con lo que le contaría como dos días trabajados (14 horas).
- Asistir al curso y no a su rotación, con lo que le contaría como día trabajado (7 horas).

En todos los casos, será importante solicitar el pertinente certificado de asistencia donde conste el curso realizado, así como las horas de realización.

También será preciso avisar al Tutor/Colaborador Docente, responsable de la rotación del residente, de la no asistencia al centro de trabajo el/los día/días de la actividad formativa.

ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES

Según el itinerario formativo y como ya hemos comentado anteriormente, cada residente deberá realizar una sesión/caso clínico por rotación o al menos cada 2 meses. Teniendo en cuenta los periodos vacacionales, Semana Santa, Navidad, etc... resultan un mínimo de 4 sesiones/casos clínicos por año de residencia aproximadamente. Por tanto, si calculamos, obtendremos, al menos, 16 sesiones en total para un año de residencia. Es por ello, por lo que se hace imprescindible organizar, anualmente, un calendario con las fechas aproximadas en las cuales, cada residente debe impartir su sesión. Con ello conseguimos dos objetivos:

- Que los residentes puedan organizar y preparar sus sesiones/casos clínicos con suficiente tiempo de antelación.
- Que el tutor pueda organizar de forma eficiente las fechas de las sesiones haciéndolas coincidir con días de menor actividad asistencial, con más presencias de personal, etc. y así mismo comunicarlas con la suficiente antelación al resto del equipo.

Por otro lado, es labor del tutor, junto al responsable de enfermería de la Unidad organizar otro calendario de sesiones/casos clínicos que deberían impartir los miembros del equipo dirigidos a ellos mismos y a los residentes de enfermería. En esta línea es de vital importancia incentivar y animar al equipo.

ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Según el itinerario formativo, antes de finalizar la residencia y como condición para la obtención del título de Enfermero Especialista en Pediatría, el residente debe haber elaborado un Proyecto de Investigación, que, al menos, debe ser defendido en las Jornadas para Residentes de Enfermería Pediátrica y en las Jornadas Docentes de la Alianza Sur, que se celebran ambas de forma anual.

Ya, en el primer año de residencia se debe instar a los residentes a pensar y empezar a trabajar en el Proyecto de Investigación. Para ello es importante:

- Ponerles en contacto lo antes posible con el Enfermero responsable de Investigación y Desarrollo.
- Supervisar el Proyecto de forma directa por el tutor e indirecta a través del Enfermero de Investigación y Desarrollo.
- Inscribir a los residentes en las correspondientes Jornadas para la defensa del Proyecto y animarles a presentarlos en Congresos, Jornadas e incluso publicarlos en revistas.

EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES

Dos peculiaridades:

- Rotaciones fuera de la Unidad Docente.

La evaluación del residente correrá a cargo del Tutor o Colaborador Docente responsable de su supervisión y posteriormente la remitirá al Tutor principal. Para ello el residente deberá aportar el formato oficial de evaluación.

- Rotaciones dentro de la Unidad Docente.

En este caso se puede hacer de dos maneras:

- Asignando un Colaborador Docente responsable de la formación, supervisión y posteriormente de la evaluación del residente.
- Solicitar una evaluación del residente a los miembros del equipo que más han trabajado junto a él y posteriormente realizar una media de todas las evaluaciones conseguidas.

Es importante no dejar en manos del residente la elección de su evaluador para evitar evaluaciones poco objetivas.

En todos los casos, resulta interesante mantener buena comunicación entre el Tutor Principal con los Tutores Externos, Colaboradores Docentes y Residentes para lograr una evaluación lo más cercana a la realidad posible.

CONCLUSIÓN

Como ya hemos mencionado con anterioridad la Enfermería Pediátrica es una Especialidad con pocos años de desarrollo y al igual que sus contenidos, sus herramientas de tutorización son muy susceptibles de mejora.

A parte de las iniciativas personales que pueda llevar a cabo cada tutor es importante contar con el apoyo de:

- La Comisión de Docencia del Hospital y así mismo de la Subcomisión de Enfermería. Principalmente a la hora de orientar hacia una realidad enfermera las herramientas de evaluación y los cursos transversales.
- El Equipo Multidisciplinar de la Unidad Docente, especialmente a la hora de impartir cursos, talleres y sesiones para los residentes y así mismo para todos los miembros del Equipo.
- El resto de los tutores de los hospitales acreditados para la formación de Residentes en Enfermería Pediátrica (Alianza Sur). De esta manera se unifican criterios y se amplían las posibilidades formativas para los residentes con actividades conjuntas y/o actividades organizadas en otros centros.
- Los propios residentes. Para ello es importante conocer sus opiniones, sus inquietudes y hacerles partícipes de su propia formación. Así mismo, mediante encuestas de opinión podemos ser conscientes de la realidad de nuestra tutoría y así poder introducir modificaciones para mejorarla.

Se abren nuevos tiempos para la Enfermería Pediátrica como Especialidad de Enfermería. Y nosotros, como tutores de futuros especialistas, debemos sentirnos orgullosos y a la vez ilusionados de ser partícipes de la cimentación de este maravilloso proyecto.



CAPÍTULO 32

ASPECTOS DESTACADOS EN LA TUTORIZACION DE MATRONAS RESIDENTES-HUFA

ASPECTOS DESTACADOS EN LA TUTORIZACION DE MATRONAS RESIDENTES-HUFA

Dñas. Pilar Toribio Guijarro. Elisa Cruz Maroto. Tutoras de matronas.

Si bien esta categoría profesional es reconocida como una de las especialidades enfermeras ya en el año 1987 (BOE 1/8/87), hasta el año 1992 (BOE 2/6/92) no se establecen los requisitos mínimos de los órganos Docentes-Asistenciales (Unidades Docentes: UD) en los que se impartirá el programa formativo. Esta trayectoria histórica es la que justifica que nuestra especialidad pertenezca y ejerza participación activa en distintas Unidades Docentes. Por un lado, nuestra especialidad está integrada en la Unidad Docente del HUFA. Por otro, participa activamente en una de las Unidades Docentes de Matronas de la Comunidad de Madrid (ubicada en el Hospital Universitario La Paz).

Como tutoras tenemos un papel fundamental en la identificación tanto de necesidades de formación como de intereses particulares en el aprendizaje de cada residente. En este sentido podemos orientar y promover la búsqueda de nuevas oportunidades formativas en diferentes unidades o centros con el fin de adaptar las directrices docentes en planes personalizados. También es labor nuestra ajustar, mediante guardias nocturnas y prolongaciones la totalidad de horas asistenciales que deben cubrir según su programa formativo.

LA TUTORIZACIÓN DE RESIDENTES DE MATRONA

El sistema sanitario actual es una fuente inagotable de información a tiempo real sobre el estado de salud individual y colectivo, y brinda una oportunidad inigualable para la formación de los profesionales sanitarios. Como tutoras somos las principales responsables de la recepción de nuevos residentes, de acompañarles en la inmersión en el sistema hospitalario con las peculiaridades de la formación de especialistas y de brindarles la información necesaria sobre el funcionamiento y la estructura del cen-

tro en sus aspectos asistenciales, de investigación y en los específicamente docentes (prolongaciones de jornada, rotatorio, cursos, sesiones, etc...).

Si bien gran parte de los profesionales de enfermería que inician su formación especializada han ejercido previamente la profesión y conocen algunas de las características y responsabilidades que se establecen en el ámbito sanitario, no todos los residentes cuentan con esta experiencia. Esta situación debe ser tenida en cuenta a la hora de introducir a cada residente en los servicios y competencias a desarrollar. Por ello nos resulta imprescindible individualizar los niveles de supervisión-autonomía de cada uno de ellos.

La actividad asistencial de las matronas en HUFA se desarrolla en distintos ámbitos: Bloque obstétrico (BOB) -urgencia obstétrica y ginecológica, dilatación, paritorio y puerperio inmediato-, consultas gineco-obstétricas y unidades de Hospitalización Obstétrica y Neonatos. Además, las residentes deben ampliar sus competencias realizando rotaciones en Atención Primaria. Se pueden consultar las competencias a desarrollar y aprender durante el período de residencia en la *Orden SAS/1349/2009*, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

Tenemos un papel fundamental fomentando la participación en actividades docentes e investigadoras. Para ello hemos establecido como requisitos mínimos la elaboración de 2 casos clínicos y 2 incidentes críticos al año (1 por semestre). Estos se presentarán en la unidad en al menos dos sesiones anuales.

Es labor del tutor estimular, supervisar y guiar al residente en la realización de los casos, así como facilitar el uso de los recursos disponibles en centro (Unidad de Investigación).

Es función del tutor la supervisión ya sea directa e indirecta (según los grados de responsabilidad) de los programas formativos, así como el control de su actividad asistencial con el fin de que cada residente alcance adecuadamente los objetivos docentes.

Uno de nuestros cometidos más difíciles es la evaluación de residentes. Para ello contamos con diferentes herramientas tales como:

- **Las entrevistas:** A lo largo de los dos años de residencia y con carácter periódico, según rotaciones y necesidades personales, el tutor programará entrevistas estructuradas con el residente, sirviéndose del "libro del residente" como herramienta de guía. También se reunirá con otros tutores y profesionales de especialidades enfermeras que intervienen en la formación programada.

- **Los cuestionarios:** La evaluación por rotaciones se realiza mediante unos cuestionarios específicos para cada área (unificados en la Unidad Docente de Matronas de La Paz).

Al final de cada rotación se evaluará al residente.

En rotaciones realizadas en paritorio la evaluación será semestral contabilizando la totalidad de horas anuales realizadas en este servicio.

En aquellas de rotaciones externas al BOB (hospitalización obstétrica, neonatos y consultas) serán los profesionales implicados en su formación los encargados de evaluar al residente (se les facilitará mediante correo corporativo los formularios a rellenar). En el caso de rotaciones externa o Atención Primaria, es el residente el encargado de facilitar dichas evaluaciones a la Unidad Docente.

- **Evaluación final:** Se tendrán en cuenta, las entrevistas, los cuestionarios, los casos e incidentes y las notas de las asignaturas de la parte teórica impartida en la Unidad Docente.

CONFLICTOS EN LA TUTORIZACIÓN DE MATRONAS

El hecho reproductivo contiene un componente psicosocial que es ineludible y que excede los límites biomédicos. Es, desde esta perspectiva de la salud, más amplia y enriquecida de otras disciplinas, (sociología, antropología, psicología, filosofía, sexología, pedagogía, ...), desde la que la labor de las matronas (no solo en el ámbito docente, sino también en el asistencial e investigador) imprime o produce sentido en la sociedad.

Transmitir a las nuevas generaciones (instruidas en sistemas con un fuerte sesgo biomédico) esta mirada más amplia que considera, no solo el Sistema en el que se trabaja, sino también a la sociedad y los individuos para y desde los que se trabaja origina la emergencia de diversos conflictos sobre los que no existen soluciones fijas ni reproducibles.

Poder abordarlos tiene la dificultad añadida de no estar contemplados como habilidades técnicas o conocimientos (ambos potencialmente adquiribles mediante el hábito de estudio o la repetición técnica). Desde la responsabilidad docente que como tutoras y profesionales ejercitamos, resulta imprescindible que futuras matronas (hoy en día en formación) puedan reconocer estos conflictos con el fin de encontrar soluciones que impregnen nuestra profesión de una mayor coherencia, influencia y reconocimiento social. Algunos de estos son:

- Por un lado, la participación ciudadana en la toma de decisiones referente a la salud es un movimiento que cada vez cobra más presencia en la sociedad y tiende a pro-

mover y defender la humanización y no (excesiva) medicalización de los procesos asistenciales. Una muestra de ello es el conocido "Plan de Parto" promovido desde el principio de autonomía legislado en la *Ley 41/20025* por el Ministerio de Sanidad e incorporado recientemente a las recomendaciones elaboradas desde la Consejería de Sanidad. Atender aquellos procesos que se desarrollan de forma fisiológica y sin presencia de complicaciones conlleva también la **responsabilidad profesional de acompañar y promover el máximo grado de bienestar y autonomía que cada individuo quiera y pueda alcanzar.**

Se presenta necesario señalar que esta actitud profesional se articula con una dificultad fundamental. **El deber de trabajar de forma segura.** Y es que el identificar los riesgos potenciales de cada proceso se confunde con frecuencia con el deseo de anticiparnos a los problemas reales. **En obstetricia los procesos asistenciales son sobretodo INCIERTOS.** Dificultades pueden surgir en cualquier momento y de forma impredecible. Algunas de ellas conllevan incluso un riesgo vital. Pretender anticiparnos a cualquier riesgo potencial supone con frecuencia un exceso de intervención que futuras madres y padres no consiguen comprender ya que su mayor deseo es vivir esa experiencia de forma exclusiva y única.

Por otro lado, a veces las expectativas individuales de nuestras pacientes se encuentran inmersas en un lecho representaciones y exigencias sociales en lo relativo a la maternidad, el parto y la crianza -que no están exentas de ideologías perniciosas- en las que se obvian por completo situaciones físicas concretas o los recursos con los que cuenta cada sistema para atenderles bajo unas mínimas condiciones de seguridad.

Desde nuestro parecer como docentes, consideramos que para futuros profesionales resulta imprescindible entender la importancia que estas dialécticas abren en nuestro proceder. Atendiendo estos conflictos podremos encontrar caminos de entendimiento entre todas las partes implicadas para alcanzar niveles óptimos de atención en salud materno-infantil y bienestar familiar. No hacerlo nos expone a repetir indefinidamente rutinas pasadas que, en la actualidad, no se ajustan a las demandas y requerimientos de nuestra sociedad ni a los recursos con los que en ella contamos. **Es fundamental poder encontrar canales de diálogo y encuentro con nuestras pacientes para que sus necesidades, deseos y emociones puedan encontrar un lugar en los procesos asistenciales sin que ello suponga para los equipos que las atienden la amenaza de tener que distorsionar sus de trabajo.**

Nos gustaría prevenir a las futuras generaciones de las dos "falsas" posturas potencialmente nocivas que hasta el momento hemos identificado desde este pronunciamiento de acompañar y promover el máximo grado de autonomía de las pacientes:

1. En primer lugar, aquella en la que se establece un grado de autonomía uniforme, estático y generalizable para todas las personas obviando las condiciones psicosociales y subjetividad de cada paciente y proceso en el que la que atendemos.
 2. En segundo lugar, aquella en la que teóricamente y de palabra se proclama la autonomía y el “empoderamiento” mientras las prácticas se someten a actuaciones rutinarias que diluyen el contenido de esta posición.
- No debemos olvidar que, aunque clínicamente debemos nuestra asistencia a los dos pacientes expuestos a cambios biofísicos (madre y feto-neonato) y que son estos quienes acaparan mayoritariamente nuestra atención (tanto sanitaria como social), **en el proceso reproductivo hay un tercer implicado también susceptible de atención y acompañamiento. El padre.** Que las líneas de trabajo desarrolladas hasta el momento no reparen en este hecho, simplemente es muestra de los nuevos cometidos por desarrollar. Para ello, consideramos primordial preparar a las nuevas generaciones con perspectiva de género y la sensibilidad necesaria para trabajar y dar respuesta a estas nuevas necesidades identificadas.
 - En la atención al proceso del parto convergen otras especialidades y categorías sanitarias. Obstetricia y ginecología, enfermería pediátrica, comunitaria, neonatología y pediatría, anestesia, enfermeras y auxiliares de cuidados generales, medicina de familia y enfermería quirúrgica. Si bien este contexto favorece la interacción, enriquecimiento y fluidez en las prácticas asistenciales, también se presenta como lecho de algunas desavenencias.

Cada uno de estos servicios y categorías cuenta a su cargo con personal especialista en formación o estudiantes de grado en prácticas. Pretender responder a las necesidades y derechos docentes que cada uno de ellos tienen, sin límites ni prioridades en un mismo proceso asistencial, puede llegar suponer una transgresión del **deber profesional de preservar la intimidad y privacidad de los individuos** hacia quienes dirigimos nuestra atención y profesionalidad. La reciente *Orden SSI/81/2017* se promulga con la intención de asegurar los derechos de ambas partes. Si bien es imprescindible para cualquier profesional sanitario en formación conocer y aprender las técnicas, conocimientos y contextos en los que en un futuro se tendrá que desenvolver con autonomía, también se presenta esencial aprender que, los preceptos éticos, morales y legales en los que se cimienta nuestra profesión se arraigan en nuestro hacer cotidiano. En este sentido la tutorización exige imprimir atención e importancia no solo a la cantidad de procesos realizados o actuados, también a la calidad de los mismos.

Por un lado, disponer prioridades en el aprendizaje en función de los perfiles profesionales puede resultar a priori una solución: no es indispensable participar como observador en aquellos contextos en los que no se desarrollan competencias pro-

fesionales. Con ello se reduciría en un alto grado el número de discentes aptos para estar presentes en algunos procesos. Sin embargo, es importante reseñar el peso que, hoy, por hoy, este observatorio supone para futuros estudiantes que pretenden elegir a qué especialidad se van a querer dedicar.

Por otro lado, algunas especialidades comparten presencia y competencias en la atención al parto y nacimiento. Con frecuencia se distribuyen en función del grado de experiencia y pericia que se vaya adquiriendo durante el período formativo. No obstante, esta organización jerárquica en la distribución de las posibilidades de aprendizaje no siempre es suficiente para cubrir las necesidades docentes de todos los especialistas en formación implicados. Las soluciones planteadas hasta el momento para solventar estas carencias han sido:

1. Fomentar rotaciones internas -en centros integrados en la misma UD de Matronas de La Paz- en servicios que cuentan con mayor carga asistencial.
 2. Desarrollar -en el espacio IDEhA- actividades docentes específicas de entrenamiento y simulación de carácter multiprofesional.
- Todos estos conflictos que forman parte del día a día laboral, para nuestras residentes no deja de suponer una fuente de sorpresa, angustia y confusión que no siempre saben y pueden manejar. Nuestra principal herramienta de aprendizaje en el manejo de estas dificultades sabiendo de antemano que no existe una solución única ni generalizable (la resolución de cada percance depende mayoritariamente de la singularidad de los individuos implicados en él, sean profesionales o pacientes) es la elaboración de Incidentes Críticos.

Esta herramienta ofrece la posibilidad, a tutores, profesionales y residentes, de explorar las distintas perspectivas de los actores implicados y encontrar otras posibilidades y sentidos en la actuación generada. Encontrar respuestas que en la inmediatez del momento no se pudieron percibir, entender, ni ofrecer. De adquirir una posición profesional en el que la verdad absoluta no existe y la realidad se construye entre todas las partes.

La posterior presentación pública de estos trabajos permite compartir con el equipo de profesionales estas reflexiones y con ello:

1. Se amplían las posibilidades de respuesta ante futuros problemas que se puedan identificar,
2. Se promueve el diálogo y la identificación de fuentes de conflicto y
3. Se establecen dinámicas de reciprocidad en las que todas y cada una de las partes asumen su responsabilidad y participan activamente en la mejora progresiva de la atención.

Finalmente, deseamos transmitir otros valores fundamentales: el profundo respeto que sentimos por nuestra profesión (que son dos: la matronería y la enfermería), el entusiasmo necesario para desarrollarla en y para la comunidad con honestidad y, el necesario posicionamiento político y social para alcanzar las áreas de responsabilidad imprescindibles para ejercerla con autonomía, competencia y compromiso.



CAPÍTULO 33

NORMAS LEGALES EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA

NORMAS LEGALES EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA

Orden de 22 de junio de 1995

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 45/2003

Real Decreto 1146/2006: Contrato del residente

Real Decreto 183/2008: Formación especializada, tutoría y Comisión de Docencia

Orden 581/2008 Composición de las Comisiones de Docencia, tutor y jefe estudios

Rel Decreto 639/2014 Regula la troncalidad, reespecialización troncal y áreas de capacitación específica.

Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.



CAPÍTULO 34

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Manual para tutores de MIR. L Cabero Roura. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial. Editorial Panamericana.
- Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica. Comité Central. Informe del Instituto para la educación Médica Internacional (IIME). New York. USA. Medical Teacher 2002, vol 24: 130-155.
- Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Francesc Borrell-Carrio, R M Epstein, H Pardell Alenta. Medicina Clínica 2006, 127 (9): 337-42.
- CanMEDS 2000: Extract form the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. Medical Teacher 2000 vol 22, (6):549-554.
- Learning Outcomes for the Medican Undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. The Scottish Deans' Medical Curriculum Group March 2000
- ¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales. JM Morán Barrios. Educación Médica 2003, 6 (3): 10-11
- Perfil de los tutores de un gran hospital universitario. JD Tutosaus, T Gómez Cía, J Díaz Oller, I Gómez Blázquez. S Morales Conde. S Morales Méndez. Educación Médica 2002, 5(1) 27-33.
- ¿Qué significa ser médico hoy? H Pardell, A Gual, A Oriol-Bosch. Medicina clinica 2007, 129(1): 17-22
- Teaching professionalism: general principles. RL Cruess. Medical Teacher 2006, 28: 205-208.

- Tutorización práctica. JA Castro Gómez, CA Cabrera Rodríguez, M Melguizo Jiménez. AMF 2009, 5(1): 21-29.
- ¿Reinventar la formación de médicos especialistas? Principios y retos. J.Morán-Barrios, P.Ruiz de Gauna-Bahillo. Nefrología 2010;30(6):604-12.
- Ruiz de Gauna P, González Moro V, Morán-Barrios J. Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. Educ Med. 2015;16(1):34-42. <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-diez-claves-pedagogicas-promover-buenas-S1575181315000078> [citado 1 de noviembre de 2017].
- Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la Educación Médica: la formación basada en competencias Morán-Barrios J. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (118): 385-405. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n118/13.pdf> [citado 1 de noviembre de 2017].
- Assessing professional competence: from methods to programmes. Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT Medical Education 2005; 39 (3): 309-17
- Educación Médica, evaluación de las competencias.Brailovsky C. En OPS/OMS. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Aportes para un cambio curricular en Argentina. Buenos Aires. 2001. P. 103-23 http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas_sist_servicios/Aportes%20para%20un%20cambio%20curricular.pdf [citado 1 de noviembre de 2017].
- Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31.Norcini J, Burch V. Med Tech 2007; 29:855-71.
- La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1ª Parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. Morán-Barrios J Educación Médica 2016;17:130-9. <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-la-evaluacion-del-desempeno-o-S157518131630078X> [citado 1 de noviembre de 2017].
- La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 2ª parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación. Morán-Barrios J. Educación Médica 2017;18:2-12. <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-avance-resumen-la-evaluacion-del-desempeno-o-S1575181316301292> [citado 1 de noviembre de 2017].
- Olmos Rodríguez MA, Morán Barrios JM. Martínez Clares P. Evaluación del residente. De la teoría a la práctica: evaluar competencias en entornos sanitarios. En Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Millán J, Palés J, Morán-Barrios J, editores. Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 625-39.

- Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. *Med Teach* 2015;37:983–1002.
- Residentes con problemas: cotidianos y no cotidianos. Olivé A. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2012;13(3):75–76.
- Documento de consenso I: supervisión y responsabilidad progresiva del residente. VII Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios: aspectos clave de la reforma de la formación especializada. Mahón 21-23 septiembre 2009.
- Documento de consenso II: Acreditación y reconocimiento de tutores. VII Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios: aspectos clave de la reforma de la formación especializada. Mahón 21-23 septiembre 2009.
- J Saura Llamas, F Tomás Aguirre. Elementos para mejorar la objetividad en la evaluación de los residentes. A la búsqueda de un modelo racional y práctico. IX Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios. Mahón 21-23 septiembre 2011.
- La situación del tutor vista por el tutor. O Romanillos Arroyo, F Pérez Iglesias, J Mateos Hernández. Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios. Mahón 21-23 septiembre 2011.
- Feedback en educación médica. JM Fornells, X Julià, J Arnau, JM Martínez-Carretero. *Educ Med* 2008;11:7-12.
- Interactive faculty development seminars improve the quality of written feedback in ambulatory teaching. SM Salerno, J L Jackson, P G O'Malley. *J Gen Intern Med* 2003, 18: 831-834.
- Feedback in clinical Medical Education. J Ende. *JAMA* 1983; 253:777-781.
- Rúbrica o matriz de valoración, herramienta de evaluación formativa y sumativa. *Quadersdigitals* nº55. http://www.quadersdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloIU.visualiza&articulo_id=10816.
- Guasch E, Díez J, Gilsanz F. Metodología CUSUM en la curva de aprendizaje de la punción epidural obstétrica en un Hospital Universitario. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación.* 2010; 57: 11-15.
- Bouchacourt J.P, Castromán P Evaluación del aprendizaje de la Intubación Orotraqueal mediante el método de la suma acumulativa (CuSum) *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación.* 2007; 54: 349-354.
- Naik Viren N, Devito Isabella, Halpern Stephen H. Cusum analysis is a useful tool to assess resident proficiency at insertion of labour epidurals *Obstetrical And Pediatric Anesthesia CAN J ANESTH* 2003, 50: 7. 694–698.

- Saez A, Calvo JM. Una propuesta desde la Sección de Docencia y Formación de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. 2010; 57(1): 28-40.
- Carlsson C, Kled D. Eur J Anaesth. 2008, 25(7): 528-30.
- Sinz EH. Anesthesiol Clin. 2007; 25(2):209-223.
- Sancho R, Rabago J. Integración de la simulación clínica en el programa formativo de la especialidad de Anestesiología y Reanimación. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2010; 57: 656-663.
- Corvetto MA, Bravo MP. Inserción de la simulación clínica en el currículum de Anestesiología en un hospital universitario. Evaluación de la aceptabilidad de los participantes. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim 2013; 60(6):320-326.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En BOE nº 274 del 15 de noviembre del 2002: 40126-132.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. 2010.
- Humanización en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia. En: Consejería de Sanidad, CAM. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016: 89-96.

GUÍA DEL TUTOR DE RESIDENTES

M^a ISABEL GONZÁLEZ ANGLADA

con la colaboración de:

