GUÍA FORMATIVA DE RESIDENTES DE APARATO DIGESTIVO

Actualización: 18 de febrero de 2022

Unidad Docente de Aparato Digestivo

Centro asistencial: Hospital Universitario Virgen de Valme

Jefatura de Unidad Docente:

Tutoras: Ángeles Pérez Pastor y Cristina Rodríguez Alonso

Jefe de Estudios: José Carlos Pérez Tejada

Aprobado en Comisión de Docencia: 25 de febrero de 2022

ÍNDICE

1. **BIENVENIDA**
2. **UNIDAD DOCENTE DE APARATO DIGESTIVO**
   - 2.1. **Estructura física**
   - 2.2. **Organización jerárquica y funcional**
   - 2.3. **Cartera de Servicios**
   - 2.4. **Otros**
3. **PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO**
4. **GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE**
   - 4.1. **Competencias generales a adquirir durante la formación**
   - 4.2. **Plan de rotaciones**
   - 4.3. **Competencias específicas por rotación**
   - 4.4. **Rotaciones Externas recomendadas**
   - 4.5. **Supervisión actividad asistencial**
5. **GUARDIAS: Protocolo de supervisión de la unidad**
6. **SESIONES CLINICAS-CIENTÍFICAS**
7. **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN/TRABAJOS DE CAMPO**
8. **EVALUACIÓN**
   - 8.1. **FORMATIVA: HOJA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA TUTOR-RESIDENTE**
   - 8.2. **HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN**
   - 8.3. **HOJA DE EVALUACIÓN FINAL**
9. **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA EN CADA ROTACION**
10. **PLANTILLA PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN**
11. **ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL PLAN TRASVERSAL COMUN.**

1. BIENVENIDA

1.1. Jefatura de la Unidad Docente

Estimados residentes:

Comenzáis vuestra formación especializada en Aparato Digestivo. En este apasionante camino la guía formativa que a continuación os presentamos constituirá vuestra hoja de ruta y os ayudará a llegar a la excelencia. Para ello contáis con todos los medios materiales y humanos que constituyen nuestra Unidad, que quedan a vuestra disposición a partir de ahora.

Un afectuoso saludo,

1.2. Tutores/as:

Estimados residentes:

En vuestras manos tenéis la guía formativa de residentes en Aparato Digestivo. En primer lugar, nos gustaría mostraros una visión general de nuestra especialidad.

En el artículo 21 de la Ley 44/2003 del 21 de noviembre, destinado a la ordenación de las profesiones sanitarias, se establece el procedimiento a seguir para la elaboración, aprobación y posterior publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE), de los diferentes programas formativos de las especialidades sanitarias.

En este contexto, el programa de formación relativo a la especialidad de Aparato Digestivo fue publicado en el BOE número 258 del 26 de octubre de 2009. Se trata de la última revisión disponible a la fecha, y en base a la cual se han de desarrollar los itinerarios formativos de cada Unidad Docente, teniendo en cuenta las características de éstas y del Hospital en el que cada Unidad está integrada. Por otro lado, la formación de residentes que ya se esté llevando a cabo según programas anteriores podrá ser adaptada a éste en la medida de lo posible y siempre en beneficio del residente por parte de los tutores y con la colaboración de la Comisión Local de Docencia.

La Especialidad de Aparato Digestivo se ocupa de las enfermedades del tubo digestivo, hígado, vías biliares, páncreas y peritoneo, y concretamente de su

etiología, epidemiología, fisiopatología, semiología, diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento. Es una especialidad muy amplia y muchos de sus métodos diagnósticos y terapéuticos con comunes a otras especialidades. Otros, en cambio, son inherentes a la especialidad: la obtención de muestras de tejido mediante biopsias percutáneas o por endoscopia, la ecografía y la endoscopia digestiva, diagnóstica y terapéutica, la ecoendoscopia diagnóstica y terapéutica, la manometría y la pHmetría esofágicas, la manometría rectal, la hemodinámica hepática y las pruebas de función digestiva.

La prevalencia de las enfermedades que afectan o se relacionan con el aparato digestivo es alta, afectando, aproximadamente, a un 20% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles. Patologías de gran importancia y prevalencia, como son la enfermedad péptica, el síndrome del intestino irritable, las neoplasias de colon, hígado y resto de órganos, las hepatitis agudas y crónicas, la cirrosis y sus complicaciones, la enfermedad inflamatoria intestinal y un largo etcétera. Por este motivo, se hace necesario el conocimiento de un gran espectro de patología, tanto desde la vertiente de su fisiopatología, semiología y diagnóstico, como desde el punto de vista de su tratamiento, debiendo formarse el especialista tanto en el tratamiento médico como en las indicaciones y técnicas empleadas en el tratamiento quirúrgico que precisarán muchas de ellas.

Mención aparte merecen aquellas áreas que por su expansión en los últimos años podrían llegar a convertirse en subespecialidades o áreas de capacitación, como la Hepatología o la Endoscopia avanzada, sin olvidar a la Oncología del Aparato Digestivo o a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Por otro lado, en el desarrollo de la especialidad se hace imprescindible el trabajo multidisciplinar, no sólo en el manejo de las enfermedades digestivas, sino de un modo muy señalado en el área de la investigación, donde intervienen ciencias como la virología, la biología, la inmunología o la genética.

La práctica clínica actual se basa en la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales, en cuyo marco el médico en formación debe llevar a

cabo su tarea, aprendiendo a desenvolverse en la asistencia y a resolver los problemas cotidianos que de ella se deriven.

Como futuros especialistas de Aparato Digestivo no podéis olvidar que junto a la capacitación científica durante la residencia también se formarán las bases de vuestra formación humana, pilar básico para todo aquel médico que tenga como meta la mejor atención a los pacientes.

Finalizando pues, el objetivo de este itinerario docente es la descripción del marco en el cuál el residente en formación va a desarrollar su tarea (la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas del Hospital Universitario de Valme), la descripción de dichas actividades de formación, a nivel asistencial, de adquisición de habilidades e investigación y docencia, así como el establecimiento de criterios objetivos que permitan la correcta evaluación del residente e identificación de las áreas de mejora.

Poniéndonos desde este momento a disposición de vosotros, especialistas en formación,

Ángeles Pérez Pastor y Cristina Rodríguez Alonso
Tutoras de residentes de Aparato Digestivo.

2. LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO.

La especialidad de Aparato Digestivo está presente en el Hospital de Valme desde su apertura en 1982.

En principio Sección dentro del Servicio de Medicina Interna, su dotación tecnológica, física y, sobre todo, humana, se ha ido incrementando a lo largo de los años.

El 29 de Julio de 2005 se creó la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas del Hospital Universitario de Valme, con el objetivo de proporcionar atención sanitaria integral y de calidad, en base a la continuidad asistencial, a todos aquellos pacientes con enfermedades del Aparato Digestivo, con el fin de cubrir las expectativas respecto a la atención integral del enfermo y conseguir

la máxima satisfacción tanto de usuarios como de los profesionales que componen la Unidad.

Ésta constituye principalmente la vertiente asistencial, siendo las actividades docentes e investigadoras complementarias de la anterior, y estando intensamente relacionadas con la primera. Todas ellas basadas en las formulaciones asistenciales y de gestión incluidas y desarrolladas tanto en el III Plan Andaluz como el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los valores fundamentales que sostienen esta misión son: calidad, eficacia, eficiencia, equidad, gestión orientada al usuario/profesional y gestión por competencias. Además, esta misión y valores deben ser compartidos por los miembros de la Unidad para que tengan validez y sean efectivos. El objetivo de la Unidad debe ser mejorar de manera continua, buscando disminución de la demora en la asistencia, la excelencia y eficiencia en ésta y la satisfacción del Usuario. En este contexto, la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas, inicialmente médico-quirúrgica, inició el proceso de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza en 2009, obtención la acreditación en 2010 que se ha mantenido hasta la actualidad. El 25 de mayo de 2017 se realizó la Evaluación de Seguimiento por parte del Comité de Certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que resuelve mantener la certificación en el nivel avanzado de nuestra Unidad de Gestión.

En lo sucesivo nos referiremos a la vertiente referente a Aparato Digestivo dentro de la Unidad.

2.1. Estructura física

La **sala de hospitalización** de la Unidad está situada en la segunda planta del Hospital Universitario de Valme, ala derecha. En ella se disponen de 30 camas ubicadas en 15 habitaciones dobles que disponen de lo necesario para la estancia del paciente hospitalizado (oxigenoterapia, aspiración, cama articulada, aseo, etc).

En la misma planta se encuentra el control de enfermería, con dotación de equipos informáticos con sala anejas para almacenar la medicación, fungibles y lencería.

En las habitaciones numeradas como 218-220 se encuentra el despacho médico, compartido por los tres facultativos que desarrollan su labor en hospitalización y los residentes y estudiantes que en un momento concreto se encuentren en periodo de rotación o de prácticas. El despacho médico está equipado con cinco puestos de trabajo con equipos informáticos conectados a red. Así mismo se dispone de una mesa de reunión central con objeto de promover el intercambio entre profesionales, mobiliario adicional para acomodación del resto del equipo durante las sesiones clínicas y de un cañón de proyección para diapositivas para docencia.

En la misma planta se hallan el despacho del personal administrativo de la planta y de endoscopia y, anexo al mismo, el del director de la Unidad.

El **área de endoscopias** se ubica en la primera planta derecha.

La zona de trabajo propiamente dicha consta de sala de lavado de endoscopios, con fregaderos y lavadoras, tres salas de exploraciones, dos cuartos de baño para de pacientes y un despacho médico. Una de las salas está destinada de modo preferente a exploraciones de pacientes ingresados y endoscopia terapéutica, aunque todas disponen de equipamiento completo, con torres de endoscopia, pinzas, asas, inyectores y demás material necesario para realización de endoscopias diagnósticas y terapéuticas. El despacho médico dispone de tres puestos de trabajo informatizados y conectados a las torres de endoscopia para la captación de imágenes de las exploraciones que se están realizando en cada sala. En este despacho se un puesto de trabajo adicional con procesador para interpretación de capsuloendoscopia.

En la primera planta dcha., enfrente al Área de Endoscopias se ubica la Unidad **de Día**. Consta de 6 camillas para la realización de paracentesis o biopsias hepáticas y la observación de pacientes a los que se les ha realizado alguna técnica endoscópica especial (que se detallará en la cartera de servicios), así

como de varios sillones y bombas de infusión para la administración de tratamientos en régimen ambulatorio, como hierro parenteral o tratamientos biológicos para la enfermedad inflamatoria intestinal como Infliximab. Así mismo se realizan y evolucionan las biopsias hepáticas y se asisten o resuelven dudas, a pacientes concretos en régimen ambulatorio o por vía telefónica. Disponemos de una enfermera entrenada en esta ubicación

Las **Consultas Externas** se localizan en la planta baja, con los números 18, 29 y 31. Hay un área de recepción donde está ubicada una Auxiliar de Clínica que aglutina y gestiona el trabajo de las tres consultas. Todas constan de mesa de trabajo con material informático, camilla de exploración y en una de las salas un ecógrafo.

Existen tres centros periféricos de especialidades (CPE) donde hay consultas diarias de nuestra especialidad en Dos Hermanas y en Alcalá de Guadaíra y dos-tres veces en semana en Morón de la Frontera.

El **área de investigación** está localizada en la planta sótano. En ella hay varios puestos de trabajo donde se puede desarrollar labor investigadora por el personal disponible (becarios). El laboratorio CIBERehd está localizado en la zona externa del semisótano, junto a las áreas de Psiquiatría y Microbiología. Desarrollado con la colaboración del Ciberehd y equipado con medios para procesado de muestras biológicas, mantenimiento de cultivos celulares y área de seguridad para manejo de muestras virológicas.

2.2. Organización jerárquica y funcional

-Director/a de Unidad:

-FEA:

Manuel Castro Fernández: Área de Hospitalización (Gastroenterología) y Consulta Gastroenterología-EII.

Elena Hoyas Pablos: Ecografía Digestiva. Consultas de Hepatología y Hospitalización (Hepatología).

Carlos Ortiz Moyano: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Ecoendoscopia. Consulta de patología biliopancreática.

Jaime Bernabeu López: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Consulta de patología biliopancreática.

Cristina Rodríguez Alonso: Endoscopia digestiva. Video cápsula endoscópica.

Ángeles Pérez Pastor: Hospitalización (Gastroenterología), Consulta de Gastroenterología y Hospital de Día. Video cápsula endoscópica.

Mercedes Serrano Romero: Hospitalización (Hepatología). Consultas de Hepatología.

Mercedes Cabello Ramírez: Consulta Gastroenterología-EII y Hospital de Día.

Juan Larrauri de la Rosa: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Consulta de Gastroenterología-EII. Hospital de Día.

Carlota Jimeno Maté: Ecografía Digestiva. Consultas de Hepatología.

Marta Avilés Recio: Hospitalización (patología biliopancreática). Consultas de Cáncer colorrectal.

-Residentes en formación:

Jesús Rueda Sánchez R4

Jesús García de la Borbolla Serres R3

Alma Keco Huerga R3

Claudia Moreno Pimentel R2

Claudia Palomar Ávila R2

Gema Angulo Domínguez R1

África Carrión Risquez R1

-Personal de enfermería:

Mª José Garrido Serrano: supervisora.

Hospitalización: 13 DUE

Unidad de día: 2 DUE

Área de Endoscopia: 3 DUE

-Personal auxiliar de enfermería:

Hospitalización (12), Área de Endoscopia (4) y Consultas Externas (1)

-Celadores: 2

-Personal administrativo: 2 para Hospitalización y Área de Endoscopia. (2ªplanta)

2.3. Cartera de Servicios

La cartera de servicios incluye los siguientes campos:

2.3.1. HOSPITALIZACION.

Desarrollada de modo preferente en la segunda planta, ala derecha. Incluye la atención a aquellos pacientes que, por la naturaleza de su patología y/o el tratamiento y cuidados que ésta precise, son atendidos en régimen de internamiento. Las enfermedades que con más frecuencia se incluyen en este grupo son:

a) Patología hepática:

-Cirrosis hepática y sus complicaciones: hemorragia digestiva alta por varices esofágicas, encefalopatía hepática, insuficiencia renal y descompensación hidrópica.

-Neoplasias hepáticas: hepatocarcinoma, lesiones metastásicas secundarias a tumores de otra localización.

b) Biliopancreática: pancreatitis aguda y sus complicaciones, ictericia obstructiva y patología litiásica o neoplásica de la vía biliar.

c) Patología intestinal: neoplasia a distintos niveles del tubo digestivo, incluyendo cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal.

d) Hemorragia digestiva: con origen en el tracto intestinal superior, inferior o de origen oscuro.

Durante el ingreso a los pacientes se les ofrece atención global, mediante la realización de la historia clínica y la formación de un diagnóstico a través de la exploración y de la realización de pruebas diagnósticas. Posteriormente se determina el tratamiento indicado para la patología del paciente (médica o quirúrgica, en régimen de ingreso o ambulatorio), garantizando en todo momento la atención integral y multidisciplinar.

2.3.2. UNIDAD DE DIA.

En ella se evoluciona a los pacientes sometidos a determinadas técnicas y se administra medicación de uso exclusivo hospitalario, también parte de la cartera de servicios de la Unidad.

-Administración de fármacos biológicos como Infliximab para el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal.

-Administración de ferroterapia intravenosa.

-Realización de paracentesis evacuadoras a pacientes cirróticos.

-Observación de pacientes a los que se ha realizado ligadura con bandas de varices esofágicas, principalmente a pacientes cirróticos.

-Realización de biopsia hepática y observación posterior de los pacientes.

-Realización de PAAF hepática y pancreática y observación posterior de los pacientes.

-Observación de pacientes a los que se les ha realizado otras terapéuticas: dilataciones esofágicas o resecciones de pólipo de gran tamaño.

2.3.3. ENDOSCOPIAS.

Realización de técnicas endoscópicas y terapéuticas a pacientes ingresados y en régimen ambulatorio. Se realiza en tres franjas horarias principales: de mañana, tarde (a modo de continuidad asistencial) y en horario de guardias (guardias localizadas telefónicamente).

-Endoscopia oral.

-Colonoscopia izquierda y total.

-Ileoscopia.

-Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), diagnóstica y terapéutica: esfinterotomía, colocación de prótesis metálicas y plásticas, limpieza y drenaje de la vía biliar, dilataciones con balón de la papila.

-Polipectomías: gástricas, duodenales y colónicas.

- Mucosectomía.

-Dilataciones con bujías: esófago.

-Dilataciones neumáticas: esófago, intestino delgado y grueso.

-Gastrostomía percutánea endoscópica.

-Resolución de estenosis mediante la colocación de prótesis autoexpandibles: esófago y colon.

-Dilatación neumática en achalasia e inyección de toxina botulínica.

-Colocación de sondas nasogástricas y colónicas.

-Localización y marcado de lesiones antes de cirugía.

-Endoscopia urgente:

*Hemostasia en hemorragia digestiva de origen no varicoso (inyección de agentes esclerosantes, colocación de hemoclip, sonda de calor, sonda de argón).

*Hemostasia en hemorragia digestiva de origen varicoso (ligadura con bandas de varices esofágicas, esclerosis con etanolamina, inyección de cianocrilato en varices gástricas).

*Extracción de cuerpos extraños.

*Resolución de vólvulos colónicos.

-Ecoendoscopia: diagnóstica (con posibilidad de realización de PAAF y biopsias) y terapéutica (drenaje de lesiones quísticas).

-Cápsula endoscópica: para el diagnóstico de hemorragias digestivas de origen oscuro, anemia de origen no filiado, enfermedad inflamatoria intestinal y otras lesiones de intestino delgado.

2.3.4. CONSULTAS EXTERNAS.

Son atendidos en régimen ambulatorio aquellos pacientes cuya patología lo permite, bien para iniciar estudio (procedentes de urgencias, atención primaria

u otras especialidades), bien para seguimiento (por ser enfermos procedentes de planta y ya estabilizados o con patologías crónicas que requieren seguimiento a más largo plazo).

En los Centros Periféricos de Especialidades (CPE), se disponen diferentes consultas, en las que generalmente se maneja patología digestiva general, y en principio que no requieran de un estudio a largo plazo. Se ofertan 2 consultas semanales en Morón de la Frontera, 5-6 en Alcalá de Guadaíra y 7-8 en Dos Hermanas.

En el Hospital se desarrollan diariamente dos-tres consultas

-Consultas de Hepatología: diagnóstico y tratamiento de enfermedades hepáticas como hepatitis autoinmunes o enfermedad hepática por depósito de grasa.

-Consulta monográfica destinada al proceso hepatitis víricas: incluyendo el tratamiento de las mismas.

-Consultas de Gastroenterología dedicadas especialmente a la Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

-Consulta de Gastroenterología dedicada especialmente a la patología biliar, y pancreática.

-Consultas donde se realizan ecografía en acto único: destinada a pacientes cirróticos potenciales candidatos a trasplante y como cribado para detección precoz de hepatocarcinoma.

-Consulta monográfica dedicada a la implantación del proceso de cáncer colorrectal.

2.3.5 ECOGRAFIA ABDOMINAL.

Según sea demandado por necesidades de la asistencia se realizan ecografías en consultas externas y en la planta de hospitalización. Además, existen consultas monográficas de ecografía de pacientes de la Unidad. En ella se realiza:

-Ecografía diagnóstica: incluyendo técnicas de Doppler del sistema hepático y portal.

-Ecografía terapéutica: PAAF de lesiones hepáticas y pancreáticas, extracción de muestras de lesiones quísticas, drenaje de abscesos y biopsia hepática guiada mediante ecografía.

2.3.6 COORDINACION CON SERVICIO DE URGENCIAS.

**Un profesional de la Unidad está localizado diariamente en jornada de mañana de lunes a viernes, vía telefónica, para colaborar en la toma de decisiones en pacientes del Área de Urgencias. A los pacientes localizados en urgencias y pertenecientes al área de digestivo se les puede realizar la historia clínica se ajusta el tratamiento y se solicitan pruebas complementarias necesarias. Una vez valorado el enfermo se confirma el ingreso o bien se facilitan las herramientas necesarias para el estudio precoz ambulatorio de aquellos pacientes cuyo estado general y patología lo permitan.

**Guardias de Endoscopia: Un profesional de la Unidad está localizado diariamente, todos los días del año, para realizar endoscopias urgentes. De lunes a viernes 12 horas, de 8 de tarde a 8 de la mañana, y 24 horas en días festivos, sábados y domingos.

2.3.8 ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Existen tres áreas de investigación puestas en marcha en la actualidad:

- En el área de gastroenterología: Las principales líneas de investigación en los últimos años han estado relacionadas con la infección por *Helicobacter pylori*, la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer de colon.
- Participamos en el Registro Europeo del tratamiento de la infección por H pylori desde 2013.
- En el área de hepatología: Las principales líneas en la actualidad son la esteatosis hepática y la hepatopatía alcohólica, con participación en estudios sobre infección por virus B.

2.3.9 COMISIONES CLINICAS.

Miembros del servicio participan en diversas comisiones clínicas del hospital:

- Cartera de Servicios o resumen de la actividad asistencial del Servicio.
- Comisión tumores.

3. PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DEL ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO

A continuación, se muestra el enlace al programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo en la página del Ministerio de Sanidad:

https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-16993

4. GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO

4.1. Competencias generales a adquirir durante la formación

En líneas generales el especialista en formación debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para atender de manera global a los pacientes con enfermedades digestivas. De este modo, podemos resumir en cuatro aspectos la finalidad de su formación:

Formación básica troncal en medicina general e interna, para posteriormente dominar los conocimientos sobre las enfermedades digestivas. Durante su estancia en estas especialidades (Medicina Interna-Atención Primaria-UCI) se deberá adquirir formación sobre el manejo global y multidisciplinar del paciente, adquiriendo conocimientos básicos sobre la patología de otros órganos y sistemas. Además, se deberá manejar la realización de diagnósticos diferenciales, así como reconocer las repercusiones sistémicas de las enfermedades digestivas y la repercusión digestiva de las enfermedades sistémicas. Un aspecto más a desarrollar en este período es la atención al paciente pluripatológico o de edad avanzada, cuya prevalencia aumenta de manera significativa en los últimos años en todas las especialidades.

-Dominio de las técnicas relacionadas con la especialidad, al menos ecografía y endoscopia. La endoscopia digestiva es sin lugar a dudas la exploración más relevante en el ámbito de las enfermedades digestivas. Además, se utiliza para realizar terapéutica a diferentes niveles del tubo digestivo. El residente debe ser capaz al finalizar la especialidad de realizar endoscopia diagnóstica y

terapéutica estándar, incluyendo gastroscopia, colonoscopia, tratamiento de urgencias en el paciente sangrante (patología ulcerosa, vascular y por varices), polipectomías en tracto alto y bajo y devolvulaciones y extracciones de cuerpos extraños. Respecto a la ecografía es otro método diagnóstico de gran interés y relevancia en la práctica de la especialidad. El residente debe conocer a fondo la ecografía digestiva diagnóstica, así como la más relevante de otros órganos abdominales. Además, el residente debe ser capaz de extraer muestras mediante la realización de PAAF y biopsias hepáticas y conocer las aplicaciones de la colocación de drenajes digestivos percutáneos guiados mediante ecografía.

-Adquisición de experiencia clínica en el ámbito hospitalario y ambulatorio: en la sala de hospitalización el residente aprenderá sobre el diagnóstico, manejo y tratamiento del paciente complejo y en consulta la aplicación de protocolos clínicos y gestión de procesos integrados. Así mismo, parte de esta formación deberá ser desarrollada en el contexto de Unidades de pacientes críticos, como cuidados intensivos, unidades de trasplante hepático o de sangrantes, siendo la primera y una de las dos últimas de carácter obligatorio. Por las características propias de nuestra Unidad el rotatorio en trasplante hepático se hará en centros de referencia a nivel nacional, dentro o fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

-Adquirir conocimientos básicos de investigación, docencia, salud pública, ética y economía y gestión sanitaria. Herramientas como informática, estadística a nivel inicial e inglés. Para ello contará, además de con los medios propios de la Unidad, con las actividades formativas organizadas por la Comisión local de Docencia y por la Unidad de Formación del Hospital de Valme.

Durante su formación el residente deberá capacitarse en los siguientes ámbitos:

-Sala de hospitalización:

Durante su rotatorio en sala de hospitalización el residente se enfrentará a los pacientes más complejos desde un punto de vista diagnóstico y de resolución

de problemas. Así mismo, durante este periodo tendrá mayor contacto con el paciente y sus familiares. Tendrá oportunidad de aprender técnicas como paracentesis diagnósticas y evacuadoras.

El residente siempre permanece bajo la supervisión del facultativo especialista, pero su responsabilidad y autonomía deben ir progresivamente en aumento. Debe aprender a hacer la historia clínica, conociendo la semiología de las enfermedades digestivas, y debe ser capaz de realizar un diagnóstico diferencial completo ante cada paciente. Posteriormente debe ser capaz de realizar informes de alta, manejando los diagnósticos de CMBDA.

Además, es el momento de desarrollar habilidades de comunicación con los pacientes y sus familiares. El residente debe aprender a tener el trato correcto, y la comunicación precisa e inteligible del proceso de la enfermedad, así como de las malas noticias.

Los rotatorios se dividirán con los tres facultativos de la planta, en periodos aproximados de 3-4 meses, de manera que el residente pueda valorar diferentes enfoques en el manejo del enfermo. Deberá desarrollar sus actitudes para las relaciones interpersonales con el equipo y a trabajar en un entorno multidisciplinar junto a otros especialistas.

Así mismo, deberá conocer la dinámica de la Unidad de Día, y deberá servir de enlace con el Servicio de Urgencias para priorizar ingresos e implantar protocolos. Debe ser consciente de la necesidad de ser eficiente en el empleo de los recursos disponibles, de manera que solicite de manera racional y basada en la evidencia las diferentes pruebas diagnósticas y se implique en la consecución de objetivos de la Unidad como estancia media adecuada.

-Habilidades técnicas:

Se adquirirá la habilidad suficiente para realizar endoscopia digestiva y terapéutica estándar. Así mismo, el conocimiento sobre el resto de técnicas endoscópicas más complejas debe ser amplio.

Las diferentes técnicas se dividirán en niveles, según el residente deba practicarlas durante su formación y realizarlas de forma autónoma completa (nivel I), deba realizarlas, pero no necesariamente con completa autonomía

(nivel II) y aquellas que debe conocer y auxiliar, pero que son realizadas por personal concreto de la Unidad (nivel III).

En el ámbito de la ecografía digestiva el residente deberá realizar ecografía diagnóstica y Doppler hepático. Así mismo debe realizar PAAF y biopsias hepáticas bajo supervisión.

-Cuidado del paciente digestivo crítico:

El residente podrá desarrollar esta habilidad principalmente en el contexto de la atención en urgencias y mediante el rotatorio en cuidados intensivos.

Deberá conocer el manejo de las complicaciones multiorgánicas derivadas de las enfermedades digestivas, así como el manejo de fluidoterapia y antibioterapia.

Mención a aparte merecen los pacientes en espera de trasplante hepático y con hemorragia digestiva, ya que nuestra unidad carece de Unidad de trasplante y de sangrantes. El residente deberá conocer las indicaciones concretas del trasplante hepático y el manejo urgente de la hemorragia digestiva en los ámbitos inicialmente citados.

-Consultas externas hospitalarias y de atención primaria:

El rotatorio por consultas de atención primaria del centro de salud forma parte de la formación troncal del residente.

Por otra parte, muchas de las grandes entidades nosológicas del aparato digestivo son habitualmente manejadas en consultas externas: enfermedad inflamatoria intestinal, esteatohepatitis, manejo de la cirrosis hepática no complicada y tratamiento de las hepatitis virales.

En este contexto, el residente debe relacionarse con las unidades de proceso presentes en nuestro servicio, principalmente manejo de cáncer colorrectal, y hepatitis biliares.

Por tanto, cuando un residente domine técnicas del nivel I su formación será suficiente y cuando practique del nivel II destacado o excelente si las domina, ya que se considera que las técnicas del nivel III no son objeto de la formación como especialista sino de una capacitación posterior. Incluimos también

aquellas pruebas que el residente debe saber interpretar, aunque no las realice:

-Radiología convencional digestiva con y sin contraste (I).

-TC, RNM y PET. (I).

-Procedimientos para la cuantificación de la fibrosis en los órganos digestivos (I).

-Arteriografía convencional y digital (II-III).

-Gammagrafía de órganos digestivos (II).

-Ecografía abdominal (I), y con contraste (III).

-Pruebas de aliento en enfermedades digestivas (I).

-Pruebas de digestión y absorción (I-II).

-Electrogastrografía percutánea (III).

-Determinación del tránsito intestinal (II).

-Interpretación de marcadores virales hepáticos (I).

-Paracentesis (I).

-Biopsia y PAAF hepática (II).

-Biopsia hepática transyugular (III).

-Esofagoscopia, gastroscopia, enteroscopia, colonoscopia y rectoscopia (I).

-CPRE (II-III)

-CTH (III)

-Ecoendoscopia y ecografía endoanal (II_III)

-Cromoendoscopia (III)

-Manometría y phmetría (II).

-Sondaje duodenal (II).

-Hemodinámica hepática (II-III).

-Drenaje de colecciones abdominales guiados por ecografía (II).

-Tratamiento endoscópico de tumores y lesiones premalignas, incluyendo polipectomias de tracto digestivo alto y bajo (II).

-Hemostasia endoscópica (I).

-Colocación de prótesis endodigestivas (II-III).

-Dilatación de estenosis endoluminales (II).

-Esfinterotomía endoscópica: (II-III).

-Gastrostomía endoscópica (II).

Por tanto y, en resumen, el residente deberá haber adquirido al final de la Especialidad las habilidades, capacidades técnicas y actitudes necesarias para poder desarrollar su labor como especialista cualificado en el seno de Equipos Multidisciplinares en un Hospital de cualquier nivel, pudiendo posteriormente completar su formación con rotatorios postgrado específicos para capacitarse en determinadas actividades de nivel III.

4.2. Plan de rotaciones

Existen rotaciones obligatorias y otras opcionales, que, aunque posteriormente se detallan en los planes formativos son:

- Medicina Interna: seis meses. Uno de esos meses preferentemente en la Unidad de Infecciosos.
- Atención Primaria: dos meses, también como parte de la formación troncal.
- Sala de hospitalización: 12 meses rotando con los distintos médicos adjuntos.
- Endoscopia: 10 meses, inicialmente en sala de pacientes ambulatorios y posteriormente en la sala de pacientes hospitalizados
- Unidad Cuidados Intensivos: dos meses.
- Ecografía: dos meses, actualmente como rotatorio externo y en un futuro próximo la formación se realizará en nuestra Unidad.
- Consultas externas de Gastroenterología y Hepatología: 9 meses.
- Rotaciones libres (trasplante, pruebas funcionales, unidades especializadas (hemorragia digestiva, páncreas, EII...): tres meses.
- Hospital de Día: 2-3 meses repartidos entre otros rotatorios.

En cada rotatorio los residentes serán supervisados por el adjunto responsable de su rotación.

Si desglosamos los objetivos a conseguir anualmente adaptándolos a la Unidad docente y cuantificamos dichos objetivos para evaluar con mayor objetividad al residente:

-Primer año de residencia:

Corresponde a la rotación por áreas troncales. El residente deberá conocer las enfermedades más importantes de Medicina Interna, incidiendo en aquella de especial relevancia en el paciente digestivo. Debe conocer la patología de otros órganos. Así mismo debe conocer los principales procedimientos quirúrgicos, con sus indicaciones y desarrollo.

Así mismo debe dominar la interpretación de la radiología simple e iniciar la del TAC.

Debe desarrollar habilidades en la entrevista clínica y exploración objetiva, planteando ya diagnósticos diferenciales. Debe aprender a realizar el seguimiento del paciente, así como a mantener una comunicación fluida con éste. Para ello debe atender bajo supervisión un mínimo de 300 pacientes hospitalizados.

Para cuantificar los objetivos anteriores, debe haber realizado unas 200 historias clínicas de pacientes hospitalizados, 200 informes de alta, al menos 30 paracentesis (contando con la Unidad de Día), interpretación de 200 radiografías de tórax y abdomen, así como de EKG de ingreso.

-Segundo año de residencia:

El residente debe seguir supervisando pacientes ingresados, en este caso manejando de manera general los procesos digestivos más frecuentes. Debe identificar a aquellos pacientes con peor pronóstico o especialmente frágiles. Debe ser capaz de correlacionar los hallazgos de las pruebas de imagen con la clínica. Deben dominar el manejo del paciente con ascitis.

Para ello debe realizar unos 100 informes de alta con sus historias clínicas previas. Hacer al menos 25 paracentesis. Interpretar unos 100 TC, TGI y enemas opacos (30), así como conocer el significado de pruebas de aliento y de digestión y malabsorción (15). Durante la segunda mitad del año rotará por endoscopias digestivas, por lo que deberá realizar al final de año con

autonomía, pero bajo supervisión gastroscopia y colonoscopia diagnósticas (150).

-Tercer año de residencia:

Entrenamiento en ecografía y endoscopia, así como realizar técnicas más avanzadas de endoscopia como polipectomías y ligadura de varices esofágicas con bandas. Así mismo realizará el rotatorio por Unidad de Intensivos, para mejorar el cuidado del paciente crítico. Así mismo durante ese rotatorio debe conocer las bases de la nutrición artificial. La comunicación del paciente en este nivel debe ser apropiada y naturalmente fluida. Así mismo, se habrán reforzado las relaciones con el propio equipo de trabajo y se funcionará con normalidad en el contexto de equipos multidisciplinares. El residente se implicará en el aspecto ético de la atención al enfermo.

Durante este año realizará endoscopia digestiva avanzada (unas 150 altas y 150 bajas). Al menos 150 ecografías abdominales. Realizará las urgencias endoscópicas bajo supervisión, debiendo dominar las técnicas de hemostasia, la polipectomía, y debiendo haber realizado alguna gastrectomía percutánea y dilatación con balón. Asistirá en las labores de CPRE y ecoendoscopia (unas 80 en total). Leerá capsuloendoscopia junto con el facultativo (10). Canalizará vías centrales (15).

-Cuarto año de residencia.

Debe perfeccionar las distintas técnicas endoscópicas, pudiendo ampliar de modo optativo el rotatorio por alguna de ellas (CPRE, ecoendoscopia). En la sala de hospitalización debe ser responsable de sus enfermos y ser capaz de manejar pacientes de especial dificultad. Además, debe desarrollar su tarea en la consulta, aprendiendo el manejo de los pacientes en este régimen, y evaluando la necesidad de seguimiento de enfermedades crónicas, así como la planificación del estudio ambulatorio.

Debe historiar al menos 70 pacientes nuevos y valorar unas 200 revisiones. Interpretará pruebas de imagen de alto nivel, así como tendrá autonomía bajo supervisión en planta y en técnicas endoscópicas de nivel II.

4.3. Competencias específicas por rotación.

Referidas en el epígrafe anterior.

4.4. Rotaciones externas

-Trasplante hepático: Por ejemplo, en Hospital Virgen del Rocío en Sevilla, Hospital Reina Sofía en Córdoba, Hospital Clínico de Barcelona.

-Ecoendoscopia/Unidad de páncreas: Por ejemplo, en Hospital Clínico de Santiago de Compostela

-Ecografía abdominal terapéutica: Por ejemplo, en Hospital de la Paz, Madrid., Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

4.5. Supervisión actividad asistencial: Los residentes estarán siempre asignados a un FEA de las distintas áreas asistenciales que realizarán la supervisión correspondiente. En las reuniones trimestrales con el tutor se valorará asimismo el desarrollo de la actividad asistencial y del aprendizaje.

5. GUARDIAS

Los residentes de Digestivo realizan sus guardias en diferentes áreas (Urgencias-Observación-Medicina Interna), ya que no existen guardias de Digestivo de 24 horas propiamente dichas. En las guardias de Medicina Interna de lunes a viernes, con supervisión por médicos adjuntos de digestivo en continuidad asistencial, el residente está en el área de endoscopias y colaborará en la valoración de pacientes con enfermedades digestivas del Área de Urgencias-Observación y de Hospitalización en el horario de tarde (15-20 h), incorporándose a partir de las 20.00 al puesto asignado de Medicina Interna

Las guardias consisten en:

-Guardias en la puerta de urgencias: primera consulta y recepción de los pacientes que acuden a la puerta de Urgencias. Primer diagnóstico y tratamiento de Urgencias.
-Guardias en el área de pacientes críticos de la zona de urgencias: atendiendo a los pacientes más prioritarios y de mayor gravedad que acuden al Servicio de Urgencias.
-Guardias en el área de Observación: pacientes que requieren estabilización y vigilancia y monitorización más intensiva antes de subida a la planta.
-Guardias de Medicina Interna: atención de las llamadas urgentes de los pacientes hospitalizados.

- Los residentes serán supervisados por los FEA de Medicina Interna o de Urgencias, en relación a la guardia realizada.

6. SESIONES

-Sesiones interhospitalarias, habitualmente los miércoles, impartidas por componentes de los distintos servicios del Hospital.
-Sesiones clínicas en la propia Unidad:

*Sesiones sobre casos clínicos: el residente recoge la experiencia de su práctica diaria, seleccionado aquellos casos que sean de mayor interés, bien por su baja frecuencia, difícil diagnóstico o capacidad de docencia.

*Sesiones bibliográficas: actualización de temas de interés para toda la Unidad, usando como base artículos de revistas con alto factor de impacto.

*Reunión de comités: Cáncer colo-rectal, enfermedad Inflamatoria Intestinal, cáncer esófago-gástrico, enfermedades hepato-biliares al que debe unirse el residente que esté en cada momento realizando su rotatorio relacionable con la actividad de estos comités.

7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Nuestra Unidad viene desarrollando una prolífica actividad investigadora en distintas áreas de conocimiento, como ya se reseñó en epígrafes anteriores.

La práctica de la Medicina tiene tres vertientes, que deben estar reflejadas en todo profesional: asistencial, docente e investigadora. Por este motivo y como complemento y nunca en detrimento de la actividad asistencial, los residentes deberán participar en actividades de investigación.

El primer año debe familiarizarse con la metodología de la investigación, el manejo de bases de datos. El segundo año debería participar como firmante en alguna comunicación. No más allá del tercer año debería ser primer firmante de una y ponente de la misma en congreso de nivel nacional. Lo ideal es que antes de finalizar la residencia haya participado en la redacción de algún artículo original, a ser posible como primer firmante.

Además, en este período se animará al residente a iniciar sus estudios de doctorado y escritura y preparación de tesis doctoral.

Actualmente en activo ensayos clínicos en relación con tratamiento de paciente con colitis ulcerosa refractaria tratamientos habituales, vacunas/inmunoterapia para VHB, tratamiento de la esteatohepatitis no alcohólica y solución submucosa para mucosectomías.

8. EVALUACIÓN (VER ANEXO)

La evaluación de los y las especialistas internos residentes (EIR) constituye un elemento esencial de la formación especializada y se realizará según la normativa vigente en la actualidad. Así, la evaluación del proceso de adquisición de las competencias profesionales durante el período de residencia se realizará mediante la evaluación formativa y la evaluación sumativa (anual y final). La evaluación formativa persigue evaluar el progreso en el aprendizaje del EIR, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos del programa de formación de la especialidad e identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora. Los principales instrumentos para su realización son el Libro del Especialista en Formación (LEF), y la entrevista periódica entre tutores o tutoras y EIR, de carácter estructurado, semiestructurado o libre y frecuencia mínima trimestral, las

cuales servirán de base para la elaboración de los informes de evaluación formativa. La evaluación sumativa anual, por su parte, tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de las actividades formativas asistenciales, docentes e investigadoras realizadas conforme al plan individual de formación, al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo de la especialidad. La evaluación sumativa final tiene por objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por la persona especialista en formación durante todo el período de residencia le permite acceder al título de especialista. Por último, la evaluación del y la EIR a su proceso formativo se realizará mediante una encuesta anónima anual autonómica en la que se evaluarán aspectos generales y específicos del centro docente, unidad docente, Comisión de Docencia y jefatura de estudios, jefatura de unidad docente y tutor-tutora, con el objeto de establecer un proceso de mejora continua de la formación especializada.

8.1. EVALUACIÓN FORMATIVA: HOJA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

De manera resumida, la hoja de entrevista estructurada incluye:

1. Objetivos conseguidos durante la rotación.
2. Actividades realizadas más enriquecedoras para la formación.
3. Objetivos que faltan por conseguir.
4. Criterios mínimos que faltan para aprobar la rotación.
5. ¿Qué podemos hacer para adquirir los conocimientos / habilidades que faltan por conseguir?
6. Sesiones presentadas.
7. Otras actividades realizadas.
8. Aportación a la gestión de la Unidad.
9. Revisión libro del residente.
10. Problemas e incidencias que se hayan podido producir.
11. Observaciones.

12. Cumplimiento de objetivos desde la anterior entrevista.

8.2. HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN

Las rotaciones constituyen uno de los aspectos nucleares en el itinerario de los y las EIR, para la adquisición de todas las competencias necesarias del área de conocimiento de sus respectivas especialidades. La evaluación rigurosa y sistematizada de los mismos, por tanto, es una responsabilidad de
todos los actores docentes desde tutores hasta facultativos colaboradores con los que rotan los y las EIR. La evaluación de las rotaciones se realizará al finalizar la misma, utilizándose para ello el modelo vigente en la actualidad y detallado en el PGCD.

La horquilla de puntuación en la evaluación de las rotaciones será de 1 a 10 puntos. Los rotatorios evaluados como insuficientes (1-4 puntos), condicionarán una evaluación anual negativa, quedando bajo consideración del Comité de Evaluación su catalogación como recuperable o no recuperable. En estos supuestos el comité de evaluación establecerá una recuperación específica 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, y siendo reevaluado ulteriormente tras finalizar el período de recuperación. Adicionalmente aquellas rotaciones que sean evaluadas con una nota superior a 9, el tutor/a o colaborador/a docente responsable tendrá que adjuntar un informe explicativo de evaluación. En caso de no constar ese informe, la evaluación de esa rotación será 9 puntos.

8.3 HOJA DE EVALUACIÓN FINAL

La evaluación se vertebrará fundamentalmente en la evaluación de las rotaciones (máximo 10 puntos). A este núcleo central se sumará aritméticamente la evaluación de las actividades complementarias docentes-investigadoras (máximo 1 punto) y la valoración del tutor (máximo 10 puntos)

- Componentes de la evaluación anual:

1) *Evaluación de las rotaciones*: Compuesta por la evaluación media ponderada por duración de las rotaciones del año formativo. Horquilla 1-10 puntos.

2) *Evaluación del LEF por parte del tutor o tutora:* el tutor o la tutora valorará tanto el contenido de competencias específicas del LEF y su formato, como la trayectoria (comprobable a través de las actas de entrevistas trimestrales) seguida por el/la residente, aspecto clave a tener en cuenta en la evaluación sumativa anual. Horquilla 1-10 puntos.

La obtención de una evaluación media de las rotaciones (apartado 1) y/o de la evaluación del LEF por el tutor (apartado 2) por debajo de 5 imposibilitarán la evaluación positiva anual. El comité de evaluación deberá establecer el necesario período de recuperación de esas competencias no adquiridas por el EIR, siempre y cuando esta evaluación negativa se considere de carácter recuperable.

En los casos en los que el LEF sea evaluado con una nota superior a 9 puntos, el tutor/a responsable tendrá que adjuntar un informe explicativo de evaluación. En caso de no constar ese informe, la evaluación del LEF ese año formativo será de 9 puntos.

3) *Evaluación de actividades docentes, investigación y otras*: se evaluará según ficha independiente consensuada y homogénea para todo el SSPA, puntuando sólo en positivo, de manera que su objetivo principal será fomentar el mérito y el sobreesfuerzo. La puntuación obtenida en este apartado sumará aritméticamente a la media obtenida en los apartados 1 y 2. Horquilla 0-1 punto.

Por parte de la Dirección del Plan Estratégico de Formación Integral se habilitará una hoja específica informatizada de acuerdo a la normativa, que se pondrá a disposición de las figuras docentes para la cumplimentación y facilitación del autocálculo en la evaluación anual.

-Categorización de la evaluación en los diferentes tramos:

El abanico posible final de la evaluación anual oscilará entre un suelo de 1 y un techo de 10, con la siguiente categorización:

a. 1-2 puntos: MUY INSUFICIENTE.
b. 3-4 puntos: INSUFICIENTE
c. 5 puntos: SUFICIENTE
d. 6-7 puntos: BUENO
e. 8-9 puntos: MUY BUENO
f. 10 puntos: EXCELENTE

9. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

-Libros de texto:

* Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease.
* Atlas of Clinical Gastrointestinal Endoscopy.
* Zakim and Boyer's Hepatology.

-Revistas internacionales con alto factor de impacto:

* Hepatology.
* Gastroenterology.
* Inflammatory Bowel Diseases
* Journal Crohn Colitis (JCC)
* Gut.
* Gastrointestinal Endoscopy.
* Journal Hepatology.
* American Journal of Gastroenterology.
* New England Journal of Medicine.
* Lancet.

- Revistas Nacionales

* Revista Española de Enfermedades Digestivas.
* Gastroenterología y Hepatología.

10. PLAN DE FORMACIÓN

CRONOGRAMA GENERAL RESIDENTES DIGESTIVO-HOSPITAL DE VALME

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	N0VIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
R1	MI	MI	MI	MI	MI	MI-INF	CS	CS	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig
R2	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	Hosp Dig	End Diag	End Diag	End Diag	End Diag	End Diag
R3	End Diag	End Ter	End Ter	End Ter	*End Ter *ECO	*End Ter *ECO	*End Ter *ECO	UCI	UCI	Rot Ext Opt	Rot Ext Opt	Rot Ext Opt
R4	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	Cons Exter Hosp	HD ECO CPRE	HD ECO CPRE	Cons Exter Area	Hosp Dig	Hosp Dig

MI: Medicina Interna (Hospitalización)

MI-INF: Enfermedades infecciosas

CS: Centro de Salud-Atención Primaria

Hosp Dig: Digestivo (Hospitalización)

End Diag: Digestivo (Endoscopia diagnóstica-ambulatoria)

End Ter: Digestivo (Endoscopia terapéutica-hospitalización)

ECO: Digestivo (Ecografía)

UCI: Unidad cuidados intensivos

Rot Ext Opt: (las fechas pueden variar) Rotatorio externo optativo. Unidad de Trasplante hepático, Unidad de Sangrantes, Pruebas funcionales digestivas, Unidad de Páncreas, Unidad de EII, Endoscopia avanzada, Ecografía avanzada

11. ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL PLAN TRANSVERSAL COMUN:

Los residentes deberán realizar de forma obligatoria, con supervisión del tutor, de los siguientes cursos:

1.- Bioética y profesionalismo

2.- Comunicación asistencial y trabajo en equipo

3.- Metodología de la investigación

4.- Asistencia basada en la evidencia y calidad

5.-Soporte vital avanzado

6.-Proteccion radiológica

ANEXO EVALUACIONES

Informe de evaluación de rotación

NOMBRE Y APELLIDOS:			**DNI/PASAPORTE:**		
CENTRO DOCENTE:					
TITULACIÓN:		ESPECIALIDAD:		AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:					

ROTACIÓN

UNIDAD:	CENTRO:
COLABORADOR DOCENTE:	DURACIÓN:
Fecha inicio rotación:	Fecha fin Rotación:

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	**GRADO DE CUMPLIMIENTO** Total/Parcial/No conseguido

A. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	**CALIFICACIÓN**	**NA**
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS		☐
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA		☐
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES		☐
HABILIDADES ADQUIRIDAS		☐
USO RACIONAL DE RECURSOS		☐
SEGURIDAD DEL PACIENTE		☐
MEDIA (A)		
B. ACTITUDES	**CALIFICACIÓN**	**NA**
MOTIVACIÓN		☐
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA		☐
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA		☐
TRABAJO EN EQUIPO		☐
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES		☐
MEDIA (B)		

CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN (70%A + 30% B)	

Observaciones/Áreas de mejora:

En_____, fecha:

EL COLABORADOR DOCENTE DELA ROTACIÓN

Fdo:_____

Vº Bº. EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo: _____

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN[1,2]

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, 360º, portafolio)[3].

Una evaluación negativa de los ítems del apartado A del Informe de evaluación de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B del Informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Demuestra que ha integrado los 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 de la situación asistencial. 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 ADQUIRIDAS 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 CON EL PACIENTE Y LA 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. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria.

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, respecto a los objetivos de la rotación. 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.

[1] Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias, en el Informe de Evaluación Anual del Tutor.

[2] La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

[3] Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

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:

A. ROTACIONES (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad Autónoma):

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
				CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES	

B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/REFERENCIA	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
			CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	

C. CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR

COMENTARIOS:	
CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR	

CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE: [(A X 65) + (C X 25)]/90 + B (máx. 1 punto)	

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

A. ROTACIONES[4, 5]:
La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

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

B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS con los siguientes criterios de puntuación

Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
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
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 podrían alcanzarse con un peri complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondien sugerir la duración del periodo complementario.
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 co experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores 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 periodo de suspensión es **superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación[6].**

[4] Se calificará como rotación la formación teórico práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres de formación teórica se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.
[5] La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.
[6] Requiere informe de la Comisión de Docencia y Resolución favorable del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Evaluación anual por el 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)	
CUANTITATIVA	
CUALITATIVA	
CAUSA DE EVALUACIÓN NEGATIVA (<5) Neg	

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha:	
Sello de la Institución:	**EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:**
	Fdo.:

INSTRUCCIONES DE LA EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor[7]. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro. **Una evaluación negativa de los ítems del apartado A de un informe de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa recuperable por insuficiente aprendizaje.**

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

La calificación tendrá los siguientes efectos:

POSITIVA: cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual 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. Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este periodo. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

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

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el período de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación[8] y su resultado fuera positivo.

B: NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales). El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que necesariamente no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación[9]. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, 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 consideré que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación[8] 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 notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

[7] No se realizará la calificación anual cuando se haya producido durante el periodo 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), hasta que se haya realizado el periodo de recuperación.

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

[9] Para evaluación anual tras haber superado el periodo de prórroga se utilizarán los documentos "Informe de evaluación anual del Tutor".

Informe de evaluación del tutor sobre el periodo 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	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
				CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES	

B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS, si se han 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 PERIODO DE RECUPERACIÓN

COMENTARIOS:	
CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR	

CALIFICACIÓN GLOBAL DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN: **[(A X 70) + (C X 20)]/90 + B (máx. 1 punto)**

Fecha y firma del TUTOR	

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL TUTOR SOBRE EL PERIODO DE RECUPERACIÓN

La Calificación del Periodo de Recuperación incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo (entrevista/s 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:

$$\frac{\text{DURACIÓN (en meses) x CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{\text{PERIODO DE RECUPERACIÓN (meses)}}$$

B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS con los siguientes criterios de puntuación, si se han establecido por el Comité de Evaluación.

Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
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 investigación
0,02 0,1 (valorar duración y complējidad)	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 proyēcto)

C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR:

Cuantitativa (1 10)	Cualitativa
<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.
≥5	**Suficiente**. Ha alcanzado los objetivos del periodo 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 periodo de recuperación por el Comité de Evaluación sea positiva y ratifique las medidas propuestas.

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

1. Si fue una **Evaluación Negativa por Insuficiente aprendizaje**, la calificación global del tutor del año de residencia será de 5 (suficiente).
2. Si fue una **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 periodo de recuperación, lo que dará lugar a la calificación global del tutor del año de residencia.

Evaluación del periodo 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 INFORME DE EVALUACIÓN DEL TUTOR SOBRE PERIODO DE RECUPERACIÓN (1-10):

CALIFICACIÓN DEL PERIODO 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 DE LA EVALUACIÓN DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN Y DE LA EVALUACIÓN GLOBAL ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

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

	Cuantitativa (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. La Calificación Global Anual del Residente debe ser mayor o igual de 5. Requerirá que el Tutor presente un nuevo informe anual, incluyendo la calificación del periodo de recuperación y excluyendo las rotaciones o evaluaciones negativas que dieron lugar al mismo. El Comité de Evaluación realizará una nueva Evaluación anual de acuerdo con lo indicado anteriormente.

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del periodo de recuperación. La Calificación Global Anual del Residente debe ser 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.

	Cuantitativa (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 período de residencia por el Comité de Evaluación

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 ANUALES			

CALIFICACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN	
CUANTITATIVA	
CUALITATIVA	

OBSERVACIONES:

Sello del centro docente	**EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:** **Fdo.:**
	Lugar y Fecha

INSTRUCCIONES DE LA EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL 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 a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizarán los siguientes criterios:

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

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

POSITIVA: cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.

POSITIVA DESTACADO: cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que pueda obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.