 JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	<i>Anexo 7</i>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 25 de abril de 2019

GUÍA FORMATIVA DE RESIDENTES DE MEDICINA INTENSIVA

Unidad Docente de Medicina Intensiva

Jefatura de Unidad Docente: Dr. Antonio Lesmes Serrano

Tutores: Dr. Francisco Lucena Calderón

Centro asistencial: Hospital Universitario Virgen de Valme

Aprobado en Comisión de docencia: 26 de junio de 2019

INDICE

1. Introducción
2. Residente en el Hospital. Derechos y deberes
3. Unidad Docente de Medicina Intensiva
 - 3.1 Estructura física y equipamiento
 - 3.2 Organización jerárquica y funcional
 - 3.3 Cartera de servicios
4. Programa de formación en Medicina Intensiva
 - 4.1 Definición
 - 4.2 Objetivos de la formación
 - 4.3 Contenidos específicos
 - 4.4 Contenido del Programa de Formación
 - 4.5 Formación por Competencias
5. Itinerario formativo del Residente
 - 5.1 Plan de rotaciones
 - 5.2 Rotaciones Externas recomendadas
 - 5.3 Rotantes de otros Hospitales
6. GUARDIAS: Protocolo de supervisión de la Unidad
 - 6.1 Estructura de las Guardias
 - 6.2 Niveles de responsabilidad
7. Sesiones
8. Investigación
9. Evaluación
 - 9.1 Tutoría
 - 9.2 Evaluación
10. Consideraciones finales

1. INTRODUCCION

La idea de concentrar a los enfermos críticos en un área común aparece hace algo más de 30 años, como consecuencia de los avances de la Medicina, que comienzan a hacer posible la recuperación de un buen número de situaciones críticas, hasta entonces irreversibles. La idea se experimentó con éxito con motivo de los numerosos casos de insuficiencia respiratoria observados durante las epidemias de poliomielitis que azotaron extensas zonas de Europa y Norteamérica durante mediados del Siglo XX y en los heridos del campo de batalla en las guerras de Vietnam y Corea.

Inicialmente fueron especialistas de procedencia diversa los que se ocuparon de la atención del paciente en estas nuevas unidades, sobre todo anestesiastas, internistas, cardiólogos y neumólogos. En los años siguientes, la evidencia de que los pacientes críticos procedentes de diversos orígenes tenían características fisiopatológicas y clínicas homogéneas, así como la necesidad de asimilar nuevas estrategias terapéuticas y desarrollos tecnológicos, fueron justificando paulatinamente la configuración de la Medicina Intensiva (MI) como una nueva especialidad.

Se define la MI como aquella parte de la Medicina que se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas con un nivel de gravedad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida, y al mismo tiempo sean susceptibles de recuperación. Su atención también incluye el soporte del potencial donante de órganos.

Se trata de una especialidad multidisciplinaria que representa, hoy por hoy, el último escalón asistencial. Su ámbito principal de actuación es

el Hospital en el marco del Servicio de Medicina Intensiva (SMI). Generalmente son Servicios Centrales, de carácter polivalente, dependientes directamente de la Dirección Médica del Hospital, y que funcionan en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del Área de Salud. En nuestra Comunidad Autónoma, además, se hallaban íntimamente ligadas a la Urgencia Hospitalaria como Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Recientemente se ha decidido su separación en Unidades de Gestión Clínica diferenciados. No obstante, la relación con Urgencias seguirá siendo muy estrecha y algunos profesionales de Medicina Intensiva siguen desarrollando su labor de manera prioritaria en este Servicio.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) son los lugares fundamentales donde se realiza la labor asistencial de la especialidad. Sin embargo, la asistencia al paciente crítico debe concebirse desde una perspectiva de atención integral, lo que implica una actuación que incluye desde la detección hasta la finalización de la situación crítica, realizando los especialistas en MI su actividad allí donde se encuentre el paciente. Asimismo la atención propia de la MI también se puede aplicar en el ámbito extra-hospitalario, especialmente con motivo del transporte del paciente en situación crítica o en la atención sanitaria a las situaciones de catástrofe.

La misión del Especialista en MI consiste en la resolución de los procesos críticos o potencialmente críticos, independientemente del momento y del lugar donde se encuentre el paciente, en colaboración con otras especialidades y niveles de atención sanitaria, de acuerdo a los procedimientos prescritos en cada caso, respetando los principios éticos y manteniendo una gestión de la calidad total en la atención del paciente crítico.

Los especialistas en MI en su actividad laboral diaria se enfrentan con la obligación de actualizarse en el amplio y creciente volumen de conocimientos, habilidades y actitudes que conforman su especialidad. Los programas de formación médica de cada especialidad tienen como función principal proporcionar al médico los instrumentos precisos para adquirir y mejorar progresivamente en su competencia tanto teórica como práctica.

Los principios rectores de la actuación formativa y docente en el ámbito sanitario quedan establecidos en el artículo 12 de la ley 44/2003 sobre ordenación de las profesiones sanitarias, encontrándose entre otros: la revisión permanente de las metodologías docentes, la actualización permanente de conocimientos mediante la formación continuada de los profesionales sanitarios y el establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales y del funcionamiento del propio sistema de formación.

En base a estos principios, se debe concienciar al médico residente durante el periodo de especialización de la importancia de la formación médica continuada, asistiendo y participando en las actividades de tal carácter que se realicen en su centro de trabajo, a fin de interiorizar la necesidad de que estas actividades le acompañen durante toda su vida profesional como un medio esencial para garantizar una adecuada atención a los pacientes.

La formación del médico residente de Medicina Intensiva dentro del Hospital Universitario de Valme sigue el plan nacional establecido por la Comisión Nacional de la Especialidad que establece los objetivos generales y contenidos específicos necesarios para alcanzar los conocimientos, habilidades y aptitudes que el residente debe poseer al finalizar el periodo de formación, adaptado a las características concretas de nuestro Servicio,

con una duración de 5 años y una capacidad docente acreditada de 1 residente por año.

El actual Plan de Formación de la Especialidad data de 1996. Desde hace varios años se espera una actualización que no acaba de llegar. Del mismo modo, junto a otras especialidades, existen incertidumbres respecto a su situación final dentro de la reforma que trata de definir el nuevo esquema de formación especializada y su adaptación al resto de la Unión Europea, basada en la troncalidad y que está pendiente de su desarrollo final. Sea cual sea la solución que se adopte, parece claro que será necesario contar con profesionales que dediquen toda su actividad asistencial al paciente crítico: este modelo organizativo es el que han ido adoptando a lo largo de los años la mayoría de las Unidades en todo el Mundo.

2. RESIDENTE EN EL HOSPITAL. DERECHOS Y DEBERES.

La formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista viene definida por el marco del Real Decreto 127/1984. Así mismo las siguientes disposiciones regulan mencionada formación médica:

- * Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- * El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- * 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.
- * 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

Los principios generales derivados de dichas disposiciones son:

- * La doble vertiente docente y laboral de su vinculación con el Hospital.
- * El derecho y la obligación de desarrollar correctamente su programa de formación, ampliando de forma progresiva su nivel de responsabilidad. Para ello contará con la tutela, orientación y supervisión de su labor asistencial y docente en el grado adecuado a cada situación.
- * La posibilidad de asistir a cursos, congresos y conferencias que puedan contribuir a su mejor capacitación.
- * La dedicación exclusiva de su actividad médica a la Institución.
- * El derecho a la expedición de certificados en que conste la formación recibida.
- * El derecho a disponer de los beneficios de la Seguridad Social.
- * La aceptación de los mecanismos de evaluación que establezca la Comisión de Docencia y la Comisión Nacional de su Especialidad.
- * La obligación de desarrollar las labores asistenciales que le sean encomendadas por el Jefe del Servicio al que esté adscrito y, en su caso, por la Comisión de Docencia.

Así mismo el residente está sujeto al Contrato de Trabajo en Prácticas que suscribe al incorporarse a su plaza en el Hospital.

2. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

2.1 Estructura Física y Equipamiento

El Servicio de Medicina Intensiva debe tener una dimensión adecuada en función del tipo de hospital y de las necesidades asistenciales; las normas

de tipo arquitectónico, el personal y otros factores se tienen que calcular para una actividad del 100%, aunque en la práctica, sólo se ocuparán el 80% de las camas, si la tasa de ocupación se calcula sobre una base horaria.

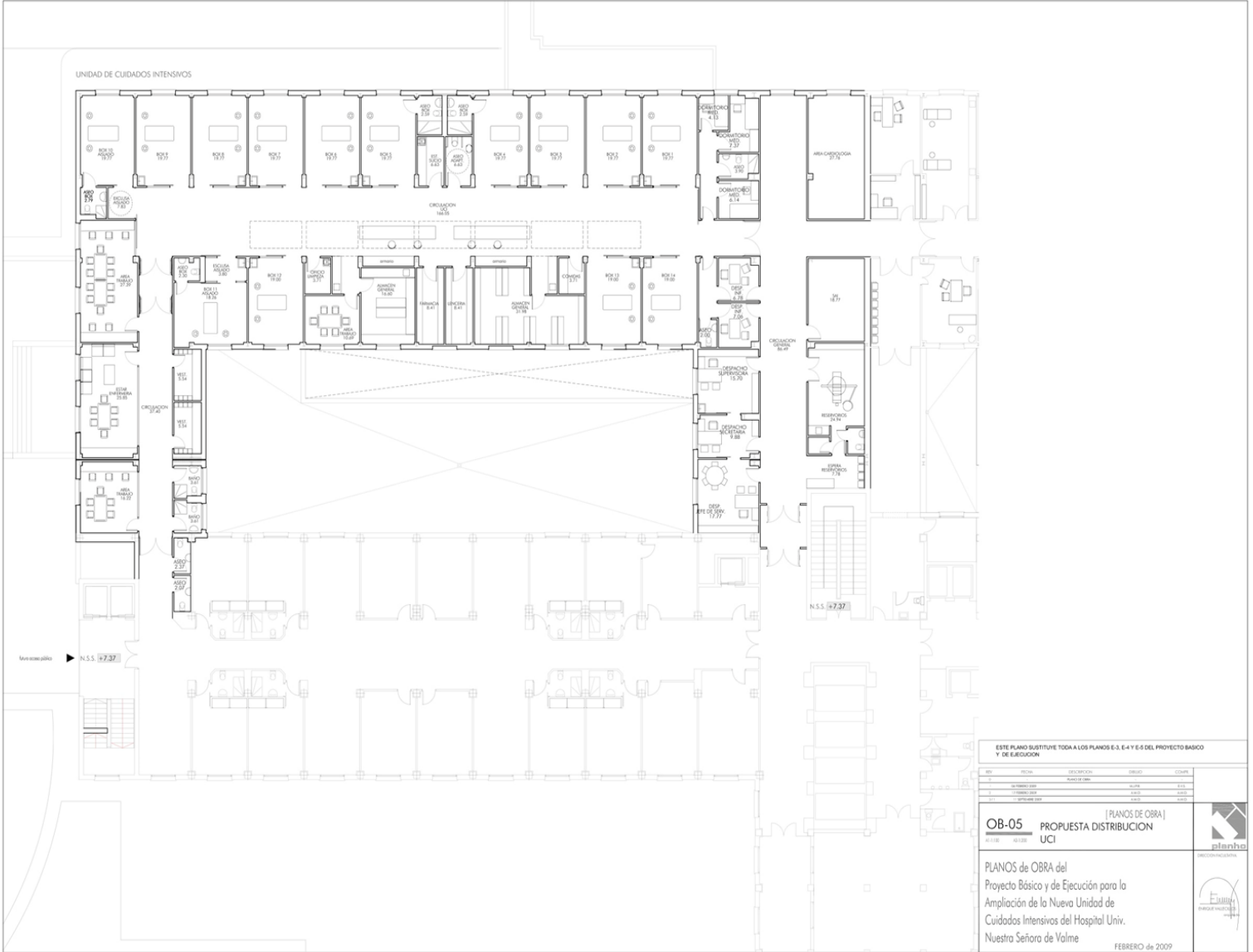
La planta física de nuestra Unidad se diseñó de acuerdo con las necesidades de los enfermos que hay que atender. Contamos con una estructura física inaugurada en 2014. Se configura en tres zonas diferenciadas:

- * Zona administrativa con despachos para el Director de la Unidad, Supervisión de Enfermería y Secretaría así como 2 salas de información a familiares.

- *Zona de pacientes, con 14 camas de UCI polivalentes y 1 habitación para exploraciones especiales. Cada cama está ubicada en una habitación de uso individual, (cuatro de ellas con baño y dos de aislamiento con posibilidad de presión positiva o negativa) dotadas con monitores de cabecera modulares multiparamétricos. Disponen de los módulos básicos de ECG, Pulso y respiración, saturación periférica de oxígeno, presión no invasora y presión invasora. Estos monitores se emplean también para el traslado.

- * Zona de apoyo que consta de sala de sesiones, dos áreas de trabajo, sala de estar del personal, dormitorio de los médicos de guardia y despacho para la Coordinación de Trasplantes.

PLANO DE LA UNIDAD



ESTE PLANO SUSTITUYE TODA A LOS PLANOS E.3, E.4 Y E.6 DEL PROYECTO BASICO Y DE EJECUCION

REV.	FECHA	REVISIONES	ELABO.	CONF.
1		PLANO DE OBRA	ALBA	ALBA
2		PROYECTO DE OBRA	ALBA	ALBA
3		PROYECTO DE OBRA	ALBA	ALBA
4		PROYECTO DE OBRA	ALBA	ALBA

OB-05 [PLANOS DE OBRA]
PROPOSTA DISTRIBUCION
UCI

PLANOS de OBRA del
 Proyecto Básico y de Ejecución para la
 Ampliación de la Nueva Unidad de
 Cuidados Intensivos del Hospital Univ.
 Nuestra Señora de Valme
 FEBRERO de 2009




–

– El equipamiento general consta de:

Central de monitorización.

Dos pantallas planas para permitir siempre la visión de las constantes de los monitores de cabecera; capacidad de monitorización/vigilancia de los pacientes conectados a los monitores de cabecera; memoria de almacenamiento de curvas en tiempo real, seleccionables para cada paciente hasta 96 horas; tendencias gráficas y tabulares, con capacidad para revisión de alarmas, sucesos, análisis de ST. Vigilancia por Wifi de hasta dos camas del Servicio de Cardiología con telemetría

Equipo de radioscopia “Pulsera Release 2,3” de Philips.

Dispositivos de monitorización.

- 2 módulo de gasto cardíaco por termodilución Edwards Lifesciences
- 2 equipos de monitorización hemodinámica “PICCO”
- 2 equipos Vigileo
- 2 equipos de monitorización hemodinámica “Vigilance”
- 1 equipo de monitorización hemodinámica “vigilance II”
- 1 módulos de BIS bilateral
- 1 módulo de monitorización continua de electroencefalograma
- 1 módulo de presión arterial continua no invasiva

Monitores de transporte.

- 15 monitores modulares de cabecera
- Videovigilancia de cada BOX con monitor central en control
- Control central de bombas de infusión Fresenius
- 2 respiradores de traslado Oxilog 3000

- 1 respirador de traslado Pulmonetic Systems LTV 1200

Respiradores.

- 20 respiradores de alta gama: 8 Evita® 4 XL, 2 Evita® 4 “Edition”, 1 SERVO i, 8 Puritan Bennett 840, 2 Evita 2 Dura.

Respiradores de ventilación no invasiva.

- 1 BiPAP “visión” y 1 BIPAP Philips V60 con base humidificación activa.
- 4 Bases para humidificación activa: 2 Covidien y 2 Fisher and Paykel

10 Capnógrafos.

Desfibriladores.

- 4 desfibriladores bifásicos con marcapasos externo incorporado

Equipos de Depuración extrarrenal.

- 2 Equipos de alto flujo con posibilidad de además de hemodiafiltración en sus distintas variedades, plasmafiltración y hemoperfusión (PRISMA Flex)
- 1 monitores de alto flujo con posibilidad de además de hemodiafiltración en sus distintas variedades, plasmafiltración y hemoperfusión y anticoagulación regional con citrato (AQUARIUS)
- 2 Equipos de alto flujo con posibilidad de además de hemodiafiltración en sus distintas variedades, plasmafiltración y hemoperfusión (BELLCO)

Carros de parada.

- 2 carros completos para reanimación cardiopulmonar.
- 1 cardiocompresor sistema LUCAS II

Ordenadores “de uso asistencial”.

□ 15 ordenadores de cabecera con el sistema de gestión de pacientes pendiente de desarrollar dentro del sistema de historia clínica electrónica.

□ 13 ordenadores de sobremesa con conexión a internet.

□ 1 fibrobroncoscopio con canal de aspiración y toma de biopsias y fuente de luz.

Ecografía.

□ 1 Ecógrafo de alta gama con sonda vascular, cardíaca, transesofágica y abdominal.

□ 1 Ecógrafo específico para canalización accesos vasculares

Sistema para el control de temperatura no invasivo “Arctic sun 5000”

Gasómetros

□ ABL90 FLEX plus.

Bombas de contrapulsación

□ AKAT I

□ KAAT II

Monitor para la administración de óxido nítrico “EZ-KINOX”

Camilla para traslados intrahospitalarios de pacientes críticos

2.2 ORGANIZACIÓN JERARQUICA

El equipo humano de la UCI está formado por 50 miembros de enfermería, 25 auxiliares de enfermería, 4 celadores, 1 auxiliar administrativo, 3 personas del servicio de limpieza y 10 médicos intensivistas y 5 Médicos Residentes. El equipo médico se muestra a continuación.

Director de la Unidad Clínica: Dr. Antonio Lesmes Serrano

Médicos Adjuntos:

Dr. José Antonio Irlés Rocamora

Dr. Pedro Luis Jiménez Vilches

Dr. Francisco Ortega Vinuesa: Coordinador de Transplantes

Dra. María Dolores Herrera Rojas

Dr. Francisco Lucena Calderón: Tutor de Residentes

Dra. Ana M^a Loza Vázquez

Dr. José Antonio Sánchez Román (Adjunto Coordinación de Transplantes)

Dra. Magdalena López Carranza

Dr. Antonio Campanario García

Médicos Residentes:

Dra. Salud Barragán González

Dra. Elena Pallejà Gutiérrez

Dra. Sonsoles Baquero Andreu

Dra. Isabel Gutiérrez Morales

Dra. Lola García Ezpeleta

2.3 CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de Servicios marcará, de algún modo, el contenido del programa de formación de los Residentes y, aunque varía en los diferentes centros, coinciden en lo esencial en cuanto a la misión de un Servicio de Medicina Intensiva moderno.

A. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BÁSICA Y AVANZADA

La UCI es responsable de coordinar el Plan de Parada Hospitalaria y atiende todas las paradas que se producen e prácticamente todos los puntos del Hospital. Del mismo modo, coordina todas las actividades formativas en soporte vital del Área de Gestión Sanitaria.

- Masaje cardíaco
- Desfibrilación y cardioversión urgente
- Manejo de la vía aérea.
- Empleo de drogas vasoactivas y antiarrítmicas
- Colocación de marcapasos temporales

B. TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO ASISTIDO

- Monitorización hemodinámica
- Asistencia ventilatoria

C. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

- Monitorización cardíaca y hemodinámica
- Monitorización electrocardiográfica
- Registro gráfico de curvas
- Electrocardiograma
- Análisis y memoria de arritmias
- Análisis de ST-T
- Monitorización de presiones arterial invasiva y no invasiva
- Presión venosa central
- Presiones pulmonares y enclavamiento
- Saturación venosa mixta
- Gasto cardíaco
- Monitorización y control de temperatura
- Cardioversión y desfibrilación

D. MANEJO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

- Tratamiento fibrinolítico
- Control y tratamiento de arritmias relacionadas con síndromes

coronarios

- Soporte hemodinámico farmacológico
- Soporte hemodinámico mecánico: contrapulsación aórtica
- Ecocardiografía Doppler transtorácica y transesofágica

E. FALLO RESPIRATORIO AGUDO, MONITORIZACIÓN Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS

- Instauración, Manejo y Control de la Vía Aérea Artificial
- Ventilación mecánica invasiva y no invasiva
- Monitor-dosificador de NO
- Monitorización de CO₂
- Monitorización de la Función Ventilatoria y del Intercambio Gaseoso
- Frecuencia respiratoria y apnea
- Mecánica respiratoria presiones, flujos y volúmenes. Bucles
- Compliance y resistencia
- Pulsioximetría
- Instauración y Cuidados de Traqueostomía
- Fibrobroncoscopia

F. NUTRICIÓN Y METABOLISMO

- Instauración y control de Nutrición Enteral en UCI y otras áreas hospitalarias
- Instauración y control de Nutrición Parenteral en UCI y otras áreas hospitalarias
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos graves del equilibrio ácido-base, de electrolitos y endocrinológicos

G. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES

- Técnicas de depuración: renal, hemoperfusión y recambios plasmático
- Soporte vital

H. DEPURACIÓN EXTRARRENAL

- Hemodiafiltración, hemofiltración y ultrafiltración lenta
- Otras Técnicas Dialíticas: Hemoperfusión y Plasmaféresis
- “CPFA” (*coupled plasma filtration adsorption*) en el shock séptico
- Hemoperfusión con polimixina en el shock séptico por gram negativos
- Hemofiltración de alto flujo en shock séptico

I. ATENCIÓN AL TRAUMATIZADO

- Ecografía general
- Fibroscopio flexible
- Coordinación del “Código Trauma” del Hospital
- Asistencia Coordinada Inmediata al Traumatizado
- Asistencia Continuada al Politraumatizado
- Punción y drenaje torácico y pericárdico
- Punción-lavado peritoneal
- Cateterización arterial
- Cateterización venosa para infusión de altos volúmenes

J. CIRUGIA DE ALTO RIESGO

- Mantenimiento preoperatorio y postoperatorio del paciente de alto riesgo: cirugía vascular, traumatológica, abdominal, endocrina, ginecológica, urológica.

K.ASISTENCIA A LA DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA Y FALLO MULTIORGÁNICO

4. PROGRAMA DE FORMACION EN MEDICINA INTENSIVA

4.1 Definición

La Medicina Intensiva se define como aquella parte de la Medicina que se ocupa de los pacientes con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos que representan una amenaza para su vida y son susceptibles de recuperación. Requiere un manejo continuo de los pacientes incluyendo la monitorización, el diagnóstico y el soporte de las funciones vitales afectadas, así como el tratamiento de las enfermedades que provocan dicho fracaso, constituyéndose en el escalón más avanzado del esquema gradual de atención a los pacientes.

Son ámbitos de actuación de la Medicina Intensiva las Unidades de Cuidados Intensivos, tanto las polivalentes como las dedicadas a una sola especialidad, médicas y quirúrgicas, y otras áreas del Sistema Sanitario donde existan pacientes gravemente enfermos que requieran una atención integral como las áreas de Urgencias y Emergencias, Unidades de Intermedios e igualmente en el ámbito extra-hospitalario el transporte del paciente grave o la atención sanitaria en las situaciones de catástrofes.

4.2 Objetivos de la formación

El objetivo del programa es proporcionar una formación teórica y práctica que incluya la adquisición de habilidades en la realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas comúnmente empleadas en la UCI, así como el conocimiento de sus indicaciones, contraindicaciones e interpretación de resultados.

4.2.1 Bases del conocimiento científico: El médico especialista en MI

debe poseer una sólida formación en:

- Medicina Interna: como cuerpo doctrinal del conocimiento clínico.
- Fisiopatología: para poder reconocer y tratar las situaciones críticas. El médico especialista en medicina intensiva debe manejar, junto a los diagnósticos clínicos habituales, un diagnóstico funcional del que va a depender el nivel de soporte vital a que ha de ser sometido el enfermo.
- Bioingeniería: para un mejor aprovechamiento de la compleja instrumentalización de las UCIs (monitores, transductores de presión, respiradores, gases industriales...).

4.2.2 Habilidades de tipo práctico: El trabajo del Intensivista requiere el dominio de determinadas técnicas y habilidades que tradicionalmente procedían del campo de otras especialidades (control de la vía aérea, manejo de respiradores, canalización de vías venosas centrales...)

4.2.2 Aspectos éticos y sociológicos: Los avances tecnológicos en medidas de soporte vital y la capacidad de consumir recursos limitados, hacen necesario adecuar los medios disponibles utilizando criterios de selección de pacientes y establecer, dentro de lo posible, los límites a los que se debe llegar con las medidas activas de soporte, para evitar el "encarnizamiento terapéutico".

4.3 Contenidos específicos

Los contenidos específicos están detallados en el Programa de Formación de la Especialidad distribuidos por sistemas o áreas de conocimientos, con los objetivos, los conocimientos genéricos y el entrenamiento práctico que deben poseerse en cada uno de ellos. Incluye áreas estrictamente clínicas

(Sistemas y Aparatos) y áreas de conocimientos complementarios que son imprescindibles para el correcto ejercicio de la profesión.

En el primer grupo se incluyen: Sistema respiratorio, Circulatorio, Sistema Nervioso, Metabolismo y Nutrición, Aparato Genitourinario, Hematología, Aparato Digestivo, Infección y Sepsis, Traumatología, Farmacología.

Intoxicaciones y Trasplantes. Áreas de conocimientos complementarios: Epidemiología y Estadística,

Administración y Control de Calidad, Bioética y aspectos médico legales y catástrofes.

4.4 Contenido del Programa de Formación

4.4.1 Actitud general

Identificación de las situaciones de emergencia.

Capacidad de suministrar apoyo vital básico y avanzado al adulto y al niño.

Capacidad de establecer prioridades diagnósticas y terapéuticas así como valoración de pros y contras de las mismas.

Aplicación de conceptos fisiopatológicos.

Conocimientos de la relación coste/beneficio de los distintos procedimientos empleados.

Relación humana con el paciente y sus familiares.

Capacidad de trabajar en equipo.

4.4.2 Actitud transversal

Habilidades comunicativas.

Capacidad de liderazgo

Empatía con el resto de miembros del equipo

Aplicar seguridad clínica en cada proceso de la asistencia sanitaria

4.4.3 Neurológico

Fisiología y fisiopatología del flujo cerebral y de la presión intracraneal.	R3
Evaluación, identificación y tratamiento de problemas neurológicos agudos: coma, sobredosis de drogas, hipertensión endocraneal, hidrocefalia aguda, daño cerebral post-anoxia (pronóstico), muerte cerebral, accidentes cerebrovasculares, infecciones intracraneales, enfermedades neuromusculares, crisis epilépticas y lesiones medulares.	R2-3
Identificación, evaluación y tratamiento de problemas psiquiátricos agudos: psicosis, delirio, síndromes de privación, etc.	R2-3
TECNICAS	
Conocimiento de técnicas tales como la punción lumbar, interpretación básica del EEG y de la TAC cerebral	R2
Monitorización de la presión intracraneal.	R3
Doppler transcraneal.	R4

4.4.4 Respiratorio

Fisiología respiratoria. Interpretación gasometría	R1
Fisiopatología, reconocimiento, evaluación y manejo del fallo respiratorio agudo y crónico y de las diferentes situaciones que los originan: EPOC agudizado, estatus asmático, lesiones por inhalación, obstrucción de la vía aérea superior (infecciones y cuerpo extraño), ahogamiento, síndrome de distres respiratorio del adulto y neumonías.	R1-3
TECNICAS	
Manejo avanzado de la vía aérea.	R1
Conocimiento de técnicas y maniobras para vía aérea permeable	R2

Intubación endotraqueal, mascarilla laríngea, fasttrack, punción cricotiroides y cricotiroidotomía.	R3-5
Ventilación con bolsa-mascarilla y bolsa-mascarilla laríngea	R2
Traqueotomía percutánea.	R3-5
Oxigenoterapia. Principios y métodos.	R1-2
Ventilación mecánica invasiva y no invasiva: indicaciones, modalidades, complicaciones, uso de PEEP.	R2-5
Desconexión de ventilación mecánica: maniobras y predictores.	R3-5
Monitorización de las variables respiratorias.	R3
Pulsioximetría y capnografía.	R2-3
Broncoscopia.	R4-5
Interpretación de las pruebas función respiratoria y mecánica pulmonar respectivamente.	R2-4
Interpretación de exploraciones radiológicas y de los resultados de los cultivos obtenidos por los diferentes métodos.	R1-3
Técnicas de aspiración endotraqueal y de fisioterapia.	R2-3
Reconocimiento y tratamiento del neumotórax.	R3
Oxigenoterapia hiperbárica: principios, indicaciones y manejo de la cámara hiperbárica.	R3

4.4.5 Cardiovascular

Fisiopatología, reconocimiento, evaluación y manejo de las diversas situaciones de insuficiencia cardiaca aguda y crónica.	R1-3
Reconocimiento, evaluación y manejo de las diversas emergencias cardiovasculares: el shock, el edema agudo de pulmón, la estenosis aórtica, la disección aórtica, el taponamiento cardiaco y las crisis hipertensivas.	R1-3
Prevención, secuencia diagnóstica y tratamiento tromboembolismo	R1-3
Reconocimiento y tratamiento de arritmias	R1-3
Conocimiento de la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica: angina e infarto y sus complicaciones.	R1-3
Diagnóstico/tratamiento de valvulopatías, pericarditis y cardiomiopatías.	R2

Manejo paciente postoperado de cirugía cardíaca, vascular y torácica	R3-4
TECNICAS	
Profundizar en el conocimiento del electrocardiograma.	R2-3
Conocer las técnicas de cateterismo arterial, venoso central y pulmonar y su monitorización.	R3
Adquirir conocimientos interpretación hemodinámica: determinación de índices de función cardiovascular, reconocimiento de ondas e interpretación de los parámetros de flujo, perfusión tisular, transporte y consumo de oxígeno.	R3-4
Conocer las técnicas de: cardioversión, funcionamiento e inserción de marcapasos externos transcutáneos y endocavitarios, pericardiocentesis y balón de contrapulsación aórtica.	R3-4
Ecocardiografía (eco-doppler).	R4
Indicaciones y tratamiento con fibrinolíticos, angioplastia y otras técnicas de revascularización.	R3
Uso de fármacos inotrópicos, vasoconstrictores, vasodilatadores y antiarrítmicos.	R2-3

4.4.6. Renal

Identificación, diagnóstico diferencial y tratamiento del fracaso renal agudo oligúrico y poliúrico.	R1-2
Diagnóstico y tratamiento de las urgencias urológicas como la uropatía obstructiva y la retención aguda de orina.	R1-2
Balance de fluidos y electrolitos, regulación del equilibrio ácido-base y prevención del edema agudo de pulmón.	R1-2
Dosis de fármacos en la insuficiencia renal.	R1-3
TECNICAS	
Conocimiento de las técnicas de depuración extrarrenal.	R3-4

4.4.7. Metabólico

Conocimiento y manejo de los trastornos agudos metabólicos y endocrinos: crisis Addisoniana, crisis tirotóxica, feocromocitoma, cetoacidosis diabética, diabetes insípida, situaciones hiperosmolares, trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base.	R2-3
---	-------------

Evaluación del estado nutricional y de los requerimientos hídricos y nutricionales en cada situación clínica.	R3
TECNICAS	
Conocimiento de las distintas técnicas de nutrición artificial enteral y parenteral.	R3

4.4.8. Hematológico.

Identificación y tto de trastornos de hemostasia y de la coagulación.	R1-2
Hemólisis y anemias.	R1-2
Propiedades e indicaciones de los hemoderivados. Reacciones trasfus.	R1-2
Pac. neutropénicos e inmunodeprimidos: profilaxis y tto de infecciones.	R2-3
TECNICAS	
Fluidoterapia intravenosa. Cristaloides y coloides.	R1-2
Interpretación de las pruebas de la coagulación.	R1-2
Conocimiento de las técnicas de recambio plasmático	R4

4.4.9 Gastrointestinal

Reconocimiento, diagnóstico diferencial y tratamiento de la patología aguda gastrointestinal: abdomen agudo, fallo hepático, infarto mesentérico y megacolon tóxico.	R1-2
Reconocimiento y tratamiento de la pancreatitis aguda.	R3
Complicaciones postoperatorias.	R2-3
Aplicación de medidas preventivas para las úlceras de estrés.	R1-2
Manejo de fístulas entéricas.	R3
TECNICAS	
Sondaje nasogástrico para aspiración y nutrición.	R2-3
Sondaje transpilórico.	R2-3
Sonda de SengstakenBlackemore.	R2-3
Sondaje nasogástrico para aspiración y nutrición.	R2-3

4.4.10 Infecciones

Fisiopatología, clínica, diagnóstico, prevención y tratamiento de la sepsis y del fallo multiorgánico.	R2-3
Reconocimiento, evaluación y tratamiento empírico de los diversos cuadros infecciosos adquiridos en la comunidad o en el hospital.	R2-3
Manejo del paciente inmunodeprimido.	R2-3
Vigilancia de la infección y patrones de sensibilidad-resistencia a los antibióticos. EVIN UCI	R2-3
Técnicas diagnósticas y sus indicaciones. Obtención de muestras apropiadas para el laboratorio. Interpretación de los resultados de los cultivos y del antibiograma.	R2-3
TECNICAS	
Conocimiento y aplicación de técnicas de asepsia y prevención de infecciones nosocomiales.	R2-3
Tratamiento de las heridas y control de los drenajes.	R2-3

4.4.11 Toxicología

Identificación, evaluación y tratamiento de las diversas intoxicaciones.	R1-3
TECNICAS	
Indicaciones de técnicas de eliminación o de prevención de absorción de tóxicos (lavado gástrico, diuresis forzada, alcalinización, hemodiálisis, hemoperfusión, anticuerpos, cámara hiperbárica) y aplicación de antídotos.	R1-3

3.4.12 Trauma

Evaluación inicial y tratamiento del paciente politraumatizado.	R3
Evaluación y tratamiento del traumatismo craneal, torácico, abdominal, pélvico y de extremidades.	R3
Prevención, reconocimiento y manejo de las lesiones medulares.	R3
Evaluación y reposición de fluidos en los grandes quemados.	R3
Síndrome de aplastamiento	R3

TECNICAS	
Conocimiento de la técnica diagnóstica de la punción lavado peritoneal.	R3
Inmovilización de fracturas	R3

3.4.13 Obstetricia

Diagnóstico y tratamiento de situaciones obstétricas de emergencia tales como hemorragias, la preeclampsia, la eclampsia, el síndrome de HELLP y el embolismo de líquido amniótico.	R3-5
--	-------------

4.4.14 Transplante de organos e inmunología

Evaluación y manejo de los donantes de órganos.	R3-4
Conocimiento de la fisiopatología de los trasplantes de corazón, pulmón hígado y médula ósea.	R3-4
Conocimiento de la inmunosupresión, el rechazo y los cuidados del postoperatorio inmediato y sus complicaciones.	R3-4

4.4.15 Monitorización

Utilización y calibración de los diversos transductores así como de los aparatos de ECG.	R2- 3
Técnicas de monitorización hemodinámica invasiva y no invasiva.	R2- 3
Monitorización de la función cerebral y metabólica. Uso de los amplificadores y registradores. Montaje y funcionamiento de los respiradores.	R2- 3

4.4.16 Cuidados Intensivos Pediátricos

Evaluación y manejo del niño con cardiopatías congénitas, shock, shock séptico meningocócico, meningoencefalitis, encefalopatía, convulsiones, e insuficiencia respiratoria aguda (bronquiolitis, epiglotitis, laringitis y asma).	R3- R5
Evaluación y manejo del niño politraumatizado.	R3- R5

Nutrición infantil, manejo de líquidos y electrolitos.	R3- R5
Manejo postoperatorio.	R3- R5
TECNICAS	
Vía aérea en el niño, RCP infantil básica y avanzada, canalización de vías venosas centrales y via intraósea, ventilación mecánica en el niño y hemodiafiltración venovenosa.	R3- R5

4.4.17 Farmacología. Sedación y Analgesia

Utilización correcta de la analgesia y sedación.	R2- 3
Relajantes musculares.	R2- 3
Farmacocinética e interacciones de los fármacos más comúnmente empleados en la UCI.	R2- 3
TECNICAS	
Técnica de analgesia epidural.	R2- 3

4.4.18 Etica

Disposición para atender las necesidades del paciente crítico.	R3-4
Limitación del esfuerzo terapéutico.	R3-4
Ordenes de no reanimar.	R3-4
Consentimiento informado.	R3-4
Relación con los familiares.	R3-4

4.4.19 Organización

Relación / coordinación del trabajo en equipo.	R3-4
Utilización de escalas pronósticas.	R3-4
Estructura y funcionamiento de una unidad de cuidados intensivos.	R3-4
Optimización de tratamientos y uso de material según riesgo/beneficio y disponibilidad.	R3-4
Prioridades de los cuidados de los pacientes críticos.	R3-4
Aspectos médico-legales.	R3-4
Aproximación a la calidad en todos los procesos asistenciales	R3-4

4.4.20 Transporte de enfermos graves

Relación / coordinación del trabajo en equipo.	R3
Utilización de escalas pronósticas.	R3
Estructura y funcionamiento de una unidad de cuidados intensivos.	R3
Optimización de tratamientos y uso de material según riesgo/beneficio y disponibilidad.	R3
Prioridades de los cuidados de los pacientes críticos.	R3
Aspectos médico-legales.	R3

4.5 Formación por Competencias.

Desde la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) se ha propuesto un programa formativo común para toda Europa para los médicos intensivistas. Este programa se ha denominado CoBaTrICE y está basado en el desarrollo de competencias. En nuestra Unidad Docente de Medicina Intensiva se ha adaptado el documento de consenso original para que pueda ser aplicado en nuestro entorno.

5. ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE

5.1 Plan de Rotaciones y objetivos docentes

A. Primer y segundo año de residencia

Durante los 2 primeros años de residencia el médico en formación en MI realizará una rotación por los servicios de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Radiología, Neurología, Cardiología, Neumología, Nefrología y Anestesiología y Hemodinámica. Los objetivos iniciales son el aprendizaje de la realización correcta de una historia clínica, historia clínica dirigida,

exploración clínica, diagnóstico diferencial, gestión e interpretación de pruebas de laboratorio y tratamiento de la patología más frecuente. El objetivo final es la adquisición de una base sólida de conocimientos que permita al futuro intensivista tener una visión integral del paciente desde la óptica de las diferentes especialidades.

En estos 2 primeros años se iniciará también el proceso de toma de decisiones, siempre basado en la progresión de los conocimientos adquiridos, así como la adquisición de habilidades en las técnicas básicas de apoyo vital: reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y técnicas relacionadas. Estas habilidades se refuerzan con la rotación por el servicio de Anestesia y la realización de las guardias en el servicio de MI.

B. Tercer año de residencia.

Se inicia una inmersión progresiva en la medicina intensiva que comienza por la identificación de las situaciones de emergencia y continúa con el aprendizaje de una evaluación completa del paciente grave incluyendo la monitorización de las funciones vitales, el manejo de la tecnología de apoyo vital avanzado y la valoración de las prioridades diagnósticas y terapéuticas.

Realizará una rotación en el Servicio de Cardiología en electrofisiología y estimulación cardiaca.

C. Cuarto año de residencia.

El 4º año tiene como objetivo profundizar en los conocimientos teóricos y reforzar las habilidades clínicas y técnicas adquiridas. Durante este año el residente participará activamente en seminarios, cursos de postgrado y congresos nacionales e internacionales. Se incidirá más en investigación clínica con producción científica de un mínimo de 2 comunicaciones a congresos y un artículo (original o nota clínica). Algunos iniciarán una tesis doctoral.

Del mismo modo, dado que en nuestro Centro no se tratan pacientes

neurocríticos, trnasplandados ni de Cirugía cardíaca, realizará una rotación externa de 3 ó 4 meses para adquirir los conocimientos y habilidades previstos en el plan de formación sobre estas áreas. Este año se realizará una rotación de dos meses por el Servicio de Nutrición Hospitalaria.

D. Quinto año de residencia.

Durante el 5º año se continuará profundizando y ampliando el contenido teórico del programa de formación, afianzando los conocimientos y habilidades adquiridas. Se promoverá su participación como profesor en cursos para enfermeras, médicos residentes y de otras especialidades. Se profundizará en el conocimiento de la metodología científica. La participación en investigación clínica deberá acompañarse de un incremento en la producción científica: 3 comunicaciones a congresos y 2 artículos, uno de ellos original.

El Residente contará en este año con 2 meses para una rotación externa de su elección que complemente aspectos formativos o de investigación que le interesen. Existe la posibilidad de que esta rotación se realice en el extranjero.

Los médicos residentes una vez finalizado su periodo de formación deberán contar con la experiencia suficiente para poder valorar y tratar cualquier tipo de paciente crítico.

El periodo formativo se estructura mediante un sistema de rotación por diferentes áreas. Las diversas rotaciones están encaminadas a conseguirlos conocimientos, actitudes y habilidades que se establecen en el programa formativo y en el plan individual de formación del residente.

En cada rotación se establecerán los objetivos que serán conocidos por el residente, tutor y responsable de la unidad receptora. Al finalizar la rotación se realizará una evaluación directa del grado de cumplimiento de los objetivos prefijados.

La consecución de todos los objetivos que constituyen el programa formativo se realizará en régimen de responsabilidad progresiva, con la tutoría de los médicos propios de la Unidad, de forma especial del jefe y del tutor de la misma.

Tabla con la distribución de rotaciones por año de Residencia.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
R1	MIN	MIN	MIN	MIN	MIN	MIN	INF	IMF	INF	NEU	NEU	RX
R2	CAR	CAR	CAR	NML	NML	NML	ANE	ANE	NEF	NEF	HMD	HDM
R3	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI	NUT	NUT	EEF	EEF	UCI	UCI
R4	TRA	TRA	TRA	TRA	UCI	UCI	UCI	NUT	NUT	UCI	UCI	UCI
R5	UCI	LIBRE	LIBRE	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI

5.2 Rotaciones externas recomendadas

Como se ha comentado, existen rotaciones obligatorias fuera de nuestro centro. Los Hospitales recomendados son:

- ∞ Neurotraumatol
 - ⑩ Hospital 12 de Octubre, Madrid
 - ⑩ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
 - ⑩ Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
- ∞ Pediatría
 - Hospital del Niño Jesús. Madrid
- ∞ Cirugía Cardíaca
 - Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
- ∞ Extranjero
 - Queen´s Hospital. Romford, Londres

5.3 Rotantes de otros Hospitales

En los últimos años, varios residentes de Medicina Intensiva de Hospitales de otras ciudades y comunidades autónomas (Jaén, Barcelona, Tarrasa, Tarragona, Oviedo y Mérida) e incluso de otros países (Argentina, Portugal), han disfrutado de estancias en nuestro Servicio con larga experiencia en algunas técnicas como ecocardiografía, monitorización hemodinámica y catéteres de larga permanencia.

6. GUARDIAS

Las guardias son periodos de formación asistencial intensa que los residentes de Medicina Intensiva desarrollan en el ámbito de Urgencias, más durante los dos primeros años y en el Servicio de Medicina Intensiva más los tres años posteriores.

El Servicio de Urgencias proporciona el contacto con la patología aguda grave, escenario esencial para el aprendizaje de la pericia diagnóstica y en la instauración del tratamiento certero y rápido de los pacientes, cuya evolución y vida depende de la celeridad del mismo. El abanico de patologías es el adecuado para el aprendizaje del residente.

El médico residente adquiere conocimientos y habilidades esenciales y desarrolla actitudes tanto en el contacto con el paciente como con los familiares en condiciones muchas veces límite.

El grado de responsabilidad del residente es progresivo a través del tiempo y de las propias características de cada médico en formación. Durante el periodo de la guardia la supervisión del aprendizaje, en el ámbito de Urgencias, la realiza el médico adjunto del Servicio de Urgencias.

Siguiendo las directrices que emanan del programa formativo de la especialidad, se han definido, de una forma lo más detallada posible, los niveles de responsabilidad y actuación, según el año formativo y la capacidad de autonomía de forma progresiva de los facultativos residentes, según lo establecido en la GUÍA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS, de 25 de abril de 1996 (nuevo programa pendiente de aprobación).

6.1 ESTRUCTURA DE LAS GUARDIAS

Las guardias que realice en el área de urgencias serán supervisados por los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias. A partir de que realice guardias de especialidad, estarán supervisados siempre por los facultativos especialistas de la Unidad en donde están de guardia. La ubicación de los turnos seguirán el protocolo aprobado por la Comisión Local de Docencia. Siguiendo las recomendaciones de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Intensiva, se procurará que a partir del tercer año, realice todos los turnos de guardia en el Servicio de Medicina Intensiva.

RESIDENTES DE 1º AÑO

Ubicación de las guardias

Durante todo el año realizarán el número de Guardias necesarias en **Policlínica de Urgencias** para mantener 4 residentes en dicha área y el resto hasta 5 en Medicina Intensiva

RESIDENTES DE 2º AÑO

Ubicación de las guardias

Guardias Policlínica de Urgencias: en número suficiente para mantener los puestos establecidos.

Guardias Observación: en número suficiente para mantener un mínimo de 2 residentes diarios en Observación

Guardias de Planta (UCI): en número suficiente para completar la plantilla de residentes de guardia
Hasta un máximo de cinco guardias

En el caso de que no llegara a la realización de 5 guardias podría completarse el número de guardias, realizando guardias en Observación como tercer residente en los días de máxima asistencia: sábados, lunes, Domingo, festivos e incluso martes.

RESIDENTES DE 3º AÑO

Ubicación de las guardias

Guardias Policlínica de Urgencias: en número suficiente para mantener los puestos establecidos.

Guardias Observación: en número suficiente para mantener un mínimo de 2 residentes diarios en Observación

Guardias de Planta (UCI): en número suficiente para completar la plantilla de residentes de guardia

Hasta un máximo de cinco guardias. En general, siguiendo estos criterios, realizará 4 guardias en UCI y una en Urgencias. Con autorización del Jefe de Estudios, podrá realizar hasta 7 guardias al mes según las necesidades del Servicio de UCI.

RESIDENTES DE 4º AÑO

Ubicación de las guardias

Guardias Policlínica de Urgencias: en número suficiente para mantener los puestos establecidos.

Guardias Observación: en número suficiente para mantener un mínimo de 2 residentes diarios en Observación

Guardias de Planta (UCI): en número suficiente para completar la plantilla de residentes de guardia

Hasta un máximo de cinco guardias que podrán llegar a 7 con autorización del Jefe de Estudios. La mayoría de las guardias las realizará en la UCI.

RESIDENTES DE 5º AÑO .-

Ubicación de las guardias

El residente de 5º año está expresamente autorizado para realizar todas sus guardias en la Unidad de Medicina Intensiva, inclusive hacer hasta 6 guardias, siempre que sea con responsabilidad máxima.

6.2 NIVELES DE RESPONSABILIDAD.

NIVEL I DE RESPONSABILIDAD.(GRADO DE RESPONSABILIDAD MÍNIMO) El residente ve las actividades que realiza el facultativo Especialista. No actúa directamente.

NIVEL II DE RESPONSABILIDAD. (GRADO DE RESPONSABILIDAD MEDIO). El residente realiza actividades, siendo supervisado directamente por el Facultativo Especialista. El residente actúa y es supervisado.

NIVEL III DE RESPONSABILIDAD.(GRADO DE RESPONSABILIDAD MÁXIMO.) El residente realiza actividades sin supervisión directa. Dichas actividades se supervisan a posteriori.

RESIDENTE DE PRIMER AÑO

Ubicación

La ubicación en las guardias del residente de Medicina Intensiva de primer de año es el Servicio de Urgencias, en la zona de policlínica

El objetivo de este primer año es formarse como médico general ante las urgencias, obtención de la correcta información, aprendizaje de la sistemática del Servicio de Urgencias y enfoque de los cuadros clínicos más

frecuentes. La variedad de patologías ayuda al residente a ampliar conocimientos y a desarrollar habilidades y actitudes.

Responsabilidades

En todo momento, el residente está supervisado por el especialista de guardia, quien toma las decisiones sobre cada caso, comentando y argumentando sus decisiones. El grado de responsabilidad esencial será la correcta recogida de información y el aprendizaje del método de Urgencias.

Habilidades generales y específicas y niveles de responsabilidad del residente de primer año

Historia clínica 3

Exploración física 3-2

Valoración rápida de la gravedad 2-1

Solicitud de exploraciones complementarias 2

Interpretación de las exploraciones básicas analíticas, ECG, RX tórax 2-1

Interpretación de las exploraciones específicas 1

Realizar orientación diagnóstica 2-1

Tratamiento específico 1

Información al paciente y las familias 2-1

Toma de decisión del destino; alta /ingreso 1

Realización del informe: Alta/Ingreso 2

Habilidades generales durante el primer año de residencia.

Habilidad Nivel de responsabilidad

Valoración Integral de las insuficiencias orgánicas que amenazan vida (Hemodinámicas/Respiratorias/ Neurológicas/ Abdominales/Metabólicas/ Sépticas) 2

Interpretación ECG 2

Interpretación analítica (Gasometría,EAB, bioquímica hematología)

Interpretación RX tórax 2

Interpretación RX abdominal simple 2

Desfibrilación/cardioversión eléctrica 2

Reanimación cardiopulmonar avanzada 1

Intubación orotraqueal 1

Colocación vías centrales 2-1

Colocación SNG 2

Colocación sonda urinaria 2

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

Ubicación

La ubicación del residente de Medicina Intensiva de segundo año es en el Servicio de Urgencias del Hospital, en el área dirigida a los pacientes de policlínica, críticos y observación. Esta ubicación favorece el control de la evolución del paciente grave por el residente, la primera valoración, el diagnóstico rápido tutelado y la interconsulta con los diferentes especialistas de guardia, así como con los residentes senior de las especialidades del Hospital.

Objetivos

El residente puede gradualmente tomar responsabilidades con el bagaje de un año en el Hospital, orientar la patología del paciente y realizar las exploraciones complementarias y el diagnóstico siempre bajo el asesoramiento del médico de guardia de Urgencias. A la vez es el lugar

donde el residente dirige su atención a los pacientes más graves, pudiendo consultar e iniciar la valoración de la idoneidad del ingreso en el servicio de su especialidad, Medicina Intensiva.

Responsabilidades

El nivel de responsabilidad aumenta, atendiendo el entrenamiento de un año en el hospital y la experiencia adquirida. Este grado de responsabilidad que debe ser creciente, se adecuará a la evolución cognitiva, de actitudes y de habilidades que demuestre el residente.

Habilidades generales y específicas y niveles de responsabilidad del residente de segundo año.

Habilidades generales durante el segundo año de residencia.

Historia clínica 3

Exploración física 3

Valoración rápida de la gravedad 3-2

Interpretar exploraciones complementarias básicas:

Analítica, ECG, RX tórax, abdomen 3-2

Realizar orientación diagnóstica 3-2

Instaurar tratamiento médico para control de síntomas 3-2

Solicitud de exploraciones complementarias

corroborar sospecha diagnóstica 3-2

Interpretación de pruebas complementarias específicas 2-1

Información al paciente y familiares del estado, pronóstico 3-2

Decisión de destino: Alta/Ingreso 2-1

Informe clínico al alta como de ingreso planta hospitalización 3-2

Decisión de tratamiento 2-1

Habilidades específicas durante el segundo año de residencia.

Habilidad Nivel de responsabilidad

Valoración integral de las insuficiencias orgánicas que amenazan vida (Hemodinámicas/Respiratorias/ Neurológicas/ Abdominales/Metabólicas/ Sépticas) 2

Interpretación ECG 3-2

Interpretación Gasometría 3-2

Desfibrilación/Cardioversión 2

Reanimación cardiopulmonar avanzada 2-3

Intubación orotraqueal 3

Colocación de vías centrales 2

Indicación ventilación no invasiva 2

Indicación oxigenación alto flujo 2

Punción lumbar 2

Paracentesis/Toracocentesis 2

RESIDENTE DE TERCER AÑO

Ubicación

El residente de tercer año (R-3) de Medicina Intensiva se integra en su servicio desarrollando su actividad asistencial en el mismo, incluyendo las guardias.

El Servicio de Medicina Intensiva consta de 14 camas con pacientes agudos

La Unidad de Medicina Intensiva es polivalentes. En cada lugar de trabajo se adquieren conocimientos comunes y a la vez específicos. El residente hace las guardias en la unidad de agudos donde realiza la asistencia diaria.

Otra de las actividades del residente y del médico adjunto de guardia es la de acudir a la valoración de los pacientes que presenten alteraciones tributarias de ingreso en las unidades de agudos.

Responsabilidades

El nivel de responsabilidad es progresivo a lo largo del periodo de residencia.

El residente está acompañado por un adjunto especialista en Medicina Intensiva, a nivel docente y asistencial, con el que puede realizar la toma de decisiones consensuada.

Habilidades generales y específicas y niveles de responsabilidad del residente de tercer año .

Habilidades generales durante el primer año de residencia.

Habilidad Nivel de responsabilidad

Historia clínica 3

Exploración física 3

Orientación fisiopatológica y diagnóstica 3-2

Exploraciones básica, analítica, RX tórax, RX abdomen, ECG, gasometría 3

Solicitud de exploraciones complementarias necesarias para confirmar/rechazar la hipótesis diagnóstica: TAC craneal, abdominal, Ecografía abdominal o cardiaca, EEG, RNM, ECO Doppler transcraneal, exploraciones angiográficas, etc....3-2

Interpretación de las exploraciones básicas 3-2

Orientación fisiopatológica y diagnóstica 3-2

Interpretación de las exploraciones complementarias específicas 2

Tratamiento específico del paciente 2-3

Información pormenorizada, de la situación actual y del pronóstico a los familiares 2-1

Petición de consentimiento informado a los familiares para las exploraciones/intervenciones 3

Toma de decisión de “no encarnizamiento”, consensuada con la familia en

caso de pronóstico vital infausto 2-1

Realización de informe de traslado a otros servicios, otro hospital o defunción

3

Decisión de tratamiento /estrategia específica del paciente 2-1

Habilidades específicas durante el tercer año de residencia.

Habilidad Nivel de responsabilidad

Valoración integral de las insuficiencias orgánicas que amenazan vida (Hemodinámicas/Respiratorias/ Neurológicas/ Abdominales/Metabólicas/ Sépticas) 3-2

Atención de todas las complicaciones propias de la patología crítica, así como derivadas de la asistencia mecánica, infecciones, respuestas farmacológicas, etc. que surgirán durante las guardias 3-2

Interpretación del ECG 3

Desfibrilación/cardioversión 3

Reanimación cardiopulmonar avanzada 3

Intubación orotraqueal 3-2

Ventilación “no invasiva” 3-2

Ventilación Mecánica distintas modalidades 3-2

Aplicación de cambios posturales (decúbito prono) 3

Colocación de drenajes torácicos 2-3

Colocación de vías arteriales 3-2

Colocación de vías venosas centrales (yugular interna, subclavia, femoral, Shaldon H-D) 3-2

Técnicas de reemplazo extrarenal (incluido recambio plasmático y hemoperfusión) 2

Monitorización hemodinámica catéter Swann Ganz. Interpretación valores 3-2

Toracocentesis, paracentesis 3

Indicación de exploraciones radiológicas complementarias. (TAC craneal,

torácico, abdominal, RNM, arteriografía, DIVAS, ecografía abdominal, torácica) 2-1

Colocación sonda Sengstaken–Blakemore 2-1

Realización del informe de traslado a otros servicios, otro hospital o defunción 3

Decisión de tratamiento /estrategia específica del paciente 2-1

Decisión del ingreso del paciente grave 2-1

Solicitud del consentimiento informado para intervenciones 3

Punción lumbar 3

Traslado intrahospitalario de paciente grave 2-1

RESIDENTE DE CUARTO AÑO

Ubicación

El residente de Medicina Intensiva permanece de guardia en su Unidad.. Atiende también las demandas de valoración e ingreso de los pacientes que les sean propuestos por los especialistas, valorando los casos conjuntamente con el médico adjunto de guardia.

Responsabilidades

Las actividades que realiza el residente son en este caso ampliadas a los requerimientos de la patología de los pacientes postoperatorios de todas las especialidades quirúrgicas

Habilidades generales y específicas y niveles de responsabilidad del residente de cuarto año

Habilidades generales durante el cuarto año de residencia.

Habilidad Niveles de responsabilidad

Historia clínica 3

Exploración física 3

Orientación fisiopatológica y diagnóstica 3-2

Exploraciones básica, analítica, RX tórax, RX abdomen, ECG. Gasometría 3

Solicitud de exploraciones complementarias necesarias para confirmar/rechazar la hipótesis diagnóstica: TAC craneal, abdominal, ecografía abdominal o cardíaca, EEG, RNM, ECO Doppler transcraneal, exploraciones angiográficas, etc. 3-2

Interpretación de las exploraciones básicas 3

Interpretación de las exploraciones complementarias específicas 2-3

Información pormenorizada de la situación actual y del pronóstico a los familiares 3-2

Petición del consentimiento informado las exploraciones o intervenciones 3

Toma de decisión de “no encarnizamiento” consensuada con la familia en caso de pronóstico vital infausto 2-1

Realización de informe de traslado a otros servicios, otro hospital o defunción 3

Decisión de tratamiento /estrategia específica del paciente 2-1

Habilidades específicas durante el cuarto año de residencia.

Habilidad Nivel de responsabilidad

Valoración integral de las insuficiencias orgánicas que amenazan vida (Hemodinámicas/Respiratorias/ Neurológicas/ Abdominales/Metabólicas/ Sépticas) 2

Atención de todas las complicaciones propias de la patología crítica, así como derivadas de la asistencia mecánica, infecciones, respuestas farmacológicas, etc. que surgirán 2

Interpretación ECG 3

Desfibrilación/cardioversión 3

Reanimación cardiopulmonar avanzada Intubación orotraqueal 3-2

Ventilación “no invasiva” 3-2

Ventilación mecánica distintas modalidades 3-2
Aplicación de cambios posturales(decúbito prono) 3
Colocación drenajes torácicos (Baro-trauma, neumotórax) 2
Colocación de vías arteriales 3
Colocación de vías venosas centrales (yugular interna, subclavia, femoral, Shaldon H-D) 3
Monitorización hemodinámica catéter Swann Ganz. Interpretación de valores 3-2
Toracocentesis, paracentesis 3
Indicación de exploraciones radiológicas complementarias. (TAC craneal, torácico, abdominal, RNM, arteriografía, DIVAS, ecografía abdominal, torácica 3
Colocación de catéter yugular retrógrado 3-2 (rotación externa)
Colocación de sonda Sengstaken-Blakemore 3
Punción lumbar 3
Ecodópler transcraneal 2-1 (rotación externa)
Traslado intrahospitalario del paciente grave 3-2

Habilidades específicas durante el cuarto año de residencia.

Habilidad Nivel de responsabilidad

Realización del informe de traslado a otros servicios, otro hospital o defunción 3
Decisión de tratamiento /estrategia específica del paciente 2-3
Técnicas de reemplazo extrarenal (incluido recambio plasmático y hemoperfusión) 2-3
Decisión de la terapia antibiótica empírica 2-3
Decisión del ingreso del paciente grave 2-3
Solicitud del consentimiento informado para intervenciones 3
Identificación complicaciones hemodinámicas postoperatorias 2-3
Ecocardiografía transtorácica 2-3

Manejo de drogas vasomotoras 2

Manejo terapia sanguínea 2

Indicación de asistencia ventricular 2-3

Colocación de marcapasos transvenosos 2-3

Transporte intrahospitalario del paciente grave 3

RESIDENTE DE QUINTO AÑO

Ubicación

El residente de Medicina Intensiva hace las guardias en las unidades de cuidados intensivos . Como siempre, con la presencia de un especialista en el recinto donde él trabaja, a quien puede comentar casos y solicitar ayuda en todo problema asistencial.

Responsabilidades

Dada la veteranía, el residente de quinto año tiene autonomía para acudir a las llamadas de los especialistas para la valoración de paciente grave y de ingreso del mismo en caso de necesidad.

En todo caso, las decisiones son comentadas con el especialista de guardia. Las responsabilidades siguen siendo progresivas hasta alcanzar el máximo grado ya durante los últimos meses. Al residente de quinto año se le considera formado, con conocimientos suficientes, habilidades y actitudes forjadas durante toda su formación.

El objetivo final es el de haber llegado a un grado de madurez, que le permita aceptar las opiniones de los demás colegas, pida su ayuda, muestre actitudes de humanidad con los pacientes, familiares y personal sanitario.

Debe haber adquirido una visión positiva y realista de su trabajo, dado que la especialidad tiene peculiaridades muy conocidas, entre ellas enfrentarse a problemas bioéticos, (aceptación de los derechos del paciente, valoración de la limitación del esfuerzo terapéutico, requiriendo este último la pericia del planteamiento, si se puede al paciente y si no, a la propia familia o

allegados).

Estos últimos puntos son los que es bueno que el residente alcance en el periodo final de la residencia.

Habilidades generales y específicas y niveles de responsabilidad del residente de quinto año.

Tabla 10.- Habilidades generales durante el quinto año de residencia.

Habilidad Niveles de responsabilidad

Historia clínica 3

Exploración física 3

Orientación fisiopatológica y diagnóstica 3

Exploraciones básica, analítica, RX tórax, RX abdomen, ECG. Gasometría 3

Solicitud de exploraciones complementarias necesarias para confirmar/rechazar la hipótesis diagnóstica: TAC craneal, abdominal, ecografía abdominal o cardiaca, EEG, RNM, ECOdópler transcraneal, exploraciones angiográficas, etc. 3

Interpretación de las exploraciones básicas 3

Interpretación de las exploraciones complementarias específicas 3-2

Información pormenorizada, de la situación actual y del pronóstico a los familiares 3

Realización del informe de traslado a otros servicios, otro hospital o defunción 3

Toma de decisión de “no encarnizamiento” consensuada con la familia en caso de pronóstico vital infausto 3-2

Petición de consentimiento informado a los familiares para las exploraciones o intervenciones 3

Decisión de tratamiento /estrategia específica del paciente 3-2

Habilidades específicas durante el quinto año de residencia.

Habilidad Nivel de responsabilidad

Valoración integral de las insuficiencias orgánicas que amenazan vida (Hemodinámicas/Respiratorias/ Neurológicas/ Abdominales/Metabólicas/ Sépticas) 3

Atención de todas las complicaciones propias de la patología crítica, así como derivadas de la asistencia mecánica, infecciones, respuestas farmacológicas, etc. que surgirán 3

Interpretación ECG 3

Desfibrilación/cardioversión 3

Reanimación cardiopulmonar avanzada 3

Intubación orotraqueal 3-2

Ventilación "no invasiva" 3-2

Ventilación mecánica distintas modalidades 3-2

Aplicación de cambios posturales (decúbito prono) 3

Colocación drenajes torácicos 3

Colocación de vías arteriales 3

Técnicas de reemplazo extrarenal (incluido recambio plasmático y hemoperfusión) 3

Colocación de vías venosas centrales (yugular interna, subclavia, femoral, Saldon H-D) 3

Implante de catéteres de larga duración (PICC, reservorios y Hickman-Broviac) 3

Monitorización hemodinámica catéter Swann Ganz. Interpretación valores. 3-2

Toracocentesis, paracentesis 3

Indicación de exploraciones radiológicas complementarias. (TAC craneal, torácico, abdominal, RNM, arteriografía, DIVAS, ecografía abdominal, torácica) 3

Colocación de sonda Sengstaken-Blakemore 3

Punción lumbar 3

Traslado intrahospitalario del paciente grave 3

7. SESIONES

Sesiones Monográficas y casos clínicos. Martes y Jueves, a partir de las 8:30; revisiones a cargo de un Residente o Médico Adjunto; en dichas sesiones se revisarán los temas considerados de mayor importancia en los distintos campos de la Medicina Intensiva (patología respiratoria, infecciosa, coronaria, postoperatoria, politrauma, sepsis,...)

Sesiones Bibliográficas. Viernes a partir de 8:30; se revisarán las revistas de mayor impacto en nuestra Especialidad así como artículos de interés reconocido.

Sesiones Anatómo-patológicas. Al menos una al mes; además, se presentarán los resultados preliminares macroscópicos a primera hora de la necropsias clínicas realizadas.

Talleres. Estarán a cargo de los Adjuntos del Servicio que son referencia en los aspectos a tratar. Se realizan trimestralmente.

- ∞ Taller de Ventilación mecánica. A pié de cama (4 sesiones).
- ∞ Taller de canalización de vías centrales: simulación sobre maniquís (dos sesiones)
- ∞ Taller de Ecocardiografía y ecografía básica: sesión teórica de 9:00 a 9:30 (10 sesiones). Prácticas a pié de cama.

8 INVESTIGACION

Participación en líneas de investigación /proyectos y publicaciones del

Servicio. Las áreas abiertas en la actualidad más importantes serían:

- Proyectos finales de la línea de hongos: explotación de estudios CAVA.
- Registro **Ariam** sobre retardo en la trombolisis del infarto agudo de miocardio.
- Envío UCI sobre vigilancia de la infección nosocomial en UCI
- Registro de Parada Hospitalaria e hipotermia
- Ensayo fase III sobre hipotermia
- Análisis de las distintas técnicas de traqueostomías percutáneas.
- Estudio de nefropatía por contraste. Técnicas de reemplazo extrarenal.
- Registro de implante de catéteres de larga permanencia
- Registro de implante de catéteres de corta permanencia
- Estudio de implante de electrocatéteres para estimulación transitoria de inserción periférica.

Además de la producción científica en artículos y comunicaciones a congresos de las líneas de investigación del Servicio, los Residentes contribuyen a la redacción de capítulos de libros y revisiones en revistas de la especialidad que nos son requeridas habitualmente por diversos editores de literatura médica.

Todos los Residentes presentan comunicaciones orales y posters en los congresos a los que asisten. El Residente de último año, asiste con una comunicación oral al Congreso Europeo.

Recomendamos que el R5 se presente a examen para la obtención del European Diploma in Intensive Care Medicine (prueba teórica tipo test en

Inglés durante el Congreso Europeo Anual; prueba práctica en el país de origen oral una vez superada la escrita). Este título supone una buena evaluación al final de la Residencia, comparándose además con colegas de otros países. El temario incluye todos los temas de la Especialidad, teóricos y prácticos.

9. EVALUACION

9.1 Tutoría

Permanente disponibilidad del tutor para atención de los Residentes. Fomentar, por parte del Tutor la colaboración del resto de la plantilla en la tarea docente.

El Tutor tendrá cada trimestre una entrevista con cada residente, para revisar los objetivos docentes y su grado de cumplimiento, además de comentar todos los aspectos que inciden en su actividad en el Servicio. En general, se seguirá el esquema previsto en la plataforma Portaleir en que quedarán recogidas.

- Acogida, saludo, preámbulos.
- Comentarios del Residente sobre los distintos aspectos previstos para la reunión
- Comentarios del tutor. Evaluación.
- Marcar objetivos y concretar próxima entrevista.

Entre estas tiene especial relevancia la que se lleva a cabo durante el mes de junio de cada anualidad, pues en ella se transmite el resultado de la evaluación sumativa anual al residente incidiendo en las áreas de mejora y las áreas completadas con éxito por una parte, y se elabora y pacta el plan formativo individual para la anualidad siguiente. Las entrevistas trimestrales

se consideran de obligado cumplimiento, siendo la responsabilidad de que se produzcan del tutor.

Las entrevistas trimestrales podrán modificar diferentes aspectos del PIF, a tenor de las circunstancias particulares de la trayectoria del Residente, y en un formato consensuado con el tutor.

Lógicamente, el contenido de la reunión con los Residentes de primer y segundo año será distinta, adaptada al momento y periodo de rotación en que se encuentren; en otros casos se decidirá adoptar un esquema de entrevista no predefinido.

9.2 Evaluación

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 Residente, 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 y Residente, 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.

1) EVALUACIÓN FORMATIVA

LIBRO DEL RESIDENTE

El Libro del residente constituye el documento en el que se registra la actividad en la que participa la persona especialista en formación conforme a lo previsto en su Plan Individual Anual de Formación. Así mismo recoge y almacena la documentación que acredita, si ello fuera necesario, la realización de tales actividades. A la finalidad descrita cabría poder añadirse la de trazador de la actividad formativa, en el supuesto de no contar con un itinerario tipo o de un plan individual de formación suficientemente preciso o desarrollado.

Este instrumento es el resultado natural del sistema de información y gestión de los recursos docentes en la medida en que, iniciado con el Plan Individual de Formación anual, la o el especialista en formación va progresando en las etapas fijadas en éste, incorporando, de ser necesaria, la documentación que acredita el cumplimiento de cada hito allí previsto, hasta cubrir en su totalidad los compromisos fijados para su aprendizaje.

Por tanto, la estrategia definida para el Modelo de Formación de

Especialistas en Ciencias de la Salud de Andalucía se dirige a diferenciar nítidamente las funciones de definición y seguimiento de la ruta formativa del especialista en cada una de sus fases, de las de registro o bitácora que el Libro de Residente desempeña. De este modo tiene pleno sentido la secuencia funcional que se inicia con la definición de la guía o itinerario formativo tipo, y continúa con la del plan individual anual de formación, la ejecución de las actividades y previsiones del mismo, la captura de datos y la consignación de los mismos en el Libro del Residente.

El libro del residente constituye un elemento nuclear en la formación del residente, pues en él se reflejan todas las actividades que se realizan, se da lugar a la reflexión, al autoaprendizaje, a la autocrítica, y a la detección de gaps formativos ó de habilidades. Se consigna obligatoriamente en el 100% de su contenido, y se monitorizará en todas las entrevistas trimestrales. Se incluirá también en la evaluación sumativa anual, incorporando la cultura de la evaluación sumativa discriminante del libro del residente en todos los tutores. De esta forma cada anualidad formativa compondrá un capítulo del libro del residente, que se abrirá al inicio y se cerrará y evaluará al final de la anualidad formativa.

2. EVALUACIÓN SUMATIVA DE ROTACIONES Y EVALUACIÓN ANUAL:

a. EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES

Las rotaciones constituyen uno de los aspectos nucleares en el itinerario de los y las Residente, 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 Residentes.

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 0 a 10 puntos .

Los rotatorios evaluados como no aptos (puntuación por debajo de 5), 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 al 9,1, 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.

b. EVALUACIÓN ANUAL

La evaluación se vertebrará fundamentalmente en la evaluación de las rotaciones que hará media con la evaluación del Libro del Residente (LEF) de esa anualidad por parte del tutor. A este núcleo central se sumará aritméticamente la evaluación de las actividades complementarias docentes-investigadoras-otras. La evaluación por parte del tutor se concretará en el informe anual según el formato previsto.

Finalmente, el Comité de evaluación, oída la opinión del Jefe de la Unidad, podrá modificar la nota final.

b.1 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 y/o de la evaluación del LEF por el tutor 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 ésta evaluación negativa se considere de carácter recuperable.

En todo caso, el tutor responsable tendrá que adjuntar un informe explicativo de evaluación.

3) *Evaluación de actividades docentes, investigación y otras*: se evaluará según ficha independiente consensuada y homogénea. La puntuación obtenida en este apartado sumará de forma ponderada a la media obtenida en los otros apartados.

3. EVALUACIÓN SUMATIVA FINAL

La evaluación sumativa final se realiza cuando el residente termina el último año de la especialidad, en el mismo comité de evaluación comentado previamente. El comité de evaluación a la vista del expediente completo de todo el periodo de residencia, otorgará a cada residente la calificación final, no pudiendo evaluarse negativamente a aquellos residentes que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del periodo de residencia. Para incentivar la excelencia y el mérito profesional se trabajará para incorporar la evaluación final de la especialidad a los diferentes baremos en los sistemas de selección de profesionales del SSPA.

Adjuntamos las distintas hojas y modelos de informes de evaluación en el Anexo I.

4. ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL EIR A SU FORMACIÓN

La Comunidad Autónoma a través del Plan Estratégico de Formación Integral habilitará una encuesta anual en la que los y las EIR evaluarán su formación. Esta encuesta será multidimensional e incorporará necesariamente la evaluación del tutor, del jefe de la unidad docente, de la unidad docente, de la Comisión de Docencia y del Centro Docente, además de aspectos concretos de guardias y jornadas de atención continuada, y elementos de la anualidad formativa sobrevenida.

La encuesta se habilitará durante los meses de abril y mayo. Posteriormente se analizará global- y desagregadamente, publicándose el análisis entre los meses de septiembre y octubre. Constituirá un elemento clave de comparación y mejora en la formación especializada de la Comunidad Autónoma. Se habilitarán elementos docentes que incentiven la cumplimentación de la misma por parte de los Residentes.

10. CONSIDERACIONES FINALES

En los últimos años, casi de modo imperceptible, se ha producido un cambio en la residencia. La guardia “heroica” sin saliente deja paso al derecho de libranza. Han desaparecido las diapositivas, existe acceso ilimitado a información inmediata. La mentalidad de los nuevos Residentes y su formación previa es distinta: mejor conocimiento de idiomas, mayor facilidad para las tecnologías, la misma ilusión pero con metas distintas a las que otros nos propusimos. La salida profesional, en muchos casos, sigue siendo tan incierta o más que hace unos años. El aprendizaje basado en modelos o simulaciones que minimicen la yatrogenia de la inevitable curva de aprendizaje... Todos estos aspectos, han de ser tenidos en cuenta y estar ilusionados con que lleguen a ser mejores profesionales que nosotros aunque, quizá, por caminos y con medios distintos.

La Auditoría Docente realizada al Servicio hace unos años, supuso una llamada de atención para la adecuación de la Unidad Docente a la normativa actualmente en desarrollo, muy exigente en muchos aspectos descuidados cuando no desconocidos para los Servicios. El nuevo modo de funcionar exige formación por parte del tutor en aspectos concretos jurídicos, didácticos, de calidad, documentación, etc. Es preciso plasmar en papel los planes, recorridos, ítemes a evaluar, cuadros de mandos, etc. Más importante aún parece llevar a la práctica estas exigencias y que, como en otros aspectos de la gestión clínica, no esté separado el “mundo del papel” de la realidad.

Es un objetivo claro y medible de la nueva etapa que empezamos:

- Implantación de la entrevista mensual con cada residente como medio de seguimiento y evaluación de los progresos del Residente.

- Dedicación de tiempo semanal específicamente a tareas docentes
- Mejorar la formación del Tutor en aspectos docentes.
- Mejorar la planificación general de objetivos mediante el itinerario docente personalizado para cada Residente.

Estos aspectos, se convierten en un compromiso.

Sevilla, 25 de abril de 2019

Fdo: Francisco Lucena Calderón

ANEXO I

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		<input type="checkbox"/>
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA		<input type="checkbox"/>
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES		<input type="checkbox"/>
HABILIDADES ADQUIRIDAS		<input type="checkbox"/>
USO RACIONAL DE RECURSOS		<input type="checkbox"/>
SEGURIDAD DEL PACIENTE		<input type="checkbox"/>
MEDIA (A)		

B. ACTITUDES	CALIFICACIÓN	NA
MOTIVACIÓN		<input type="checkbox"/>
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA		<input type="checkbox"/>
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA		<input type="checkbox"/>
TRABAJO EN EQUIPO		<input type="checkbox"/>
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES		<input type="checkbox"/>
MEDIA (B)		

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

Observaciones/Áreas de mejora:

En _____, fecha:

EL COLABORADOR DOCENTE DELA ROTACIÓN

**Vº Bº. EL RESPONSABLE
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN**

Fdo: _____

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. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto 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: $[(A \times 65) + (C \times 25)]/90 + B$ (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:

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

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 periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente 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 con la 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 Tutor⁷. 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 evaluación⁸ 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 evaluación⁹. 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 evaluación⁸ 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: $[(A \times 70) + (C \times 20)]/90 + B$ (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:

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

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

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.