

 JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD	GUIA O ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES	<i>Anexo 7</i>
EDICIÓN : 1		FECHA DE ELABORACIÓN: 08/04/2019

GUÍA FORMATIVA DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

Unidad Docente de Medicina Interna

Jefatura de Unidad Docente: Dr. José Antonio Mira Escarti

Tutoras: Dra. Isabel Melguizo Moya, Dra. M^a Asunción Navarro

Puerto, Dra. María Luisa Martín Ponce

Centro asistencial: Hospital Universitario Virgen de Valme

Aprobado en Comisión de docencia: 26 de junio de 2019

GUÍA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA

Área Hospitalaria de Valme

Basado en el programa de la especialidad de Enero 2007

(Orden SCO/227/2007 de 24 de Enero, BOE número 33 de 7 de Febrero de 2007)

Documento realizado el 28-05-2007 por F. Gamboa y J. E. Corzo

*Documento actualizado el 22 de Septiembre de 2012 por
José Antonio Mira Escarti y José Angel García García
y el 8-Abril de 2019 por María Luisa Martín Ponce*

**Tutores docentes:
Isabel Melguizo Moya
M^a Asunción Navarro Puerto
M.^a Luisa Martín Ponce**

Contenido

1. Denominación oficial de la especialidad y requisitos de titulación
2. Introducción
3. Perfil profesional del especialista de Medicina Interna. Los valores del médico internista
4. Campo de acción del especialista en Medicina Interna:
 - 4.1. Área asistencial
 - 4.2. Área docente
 - 4.3. Área investigadora
5. Objetivos del programa de formación:
 - 5.1. Objetivos generales
 - 5.2. Metodología docente
 - 5.3. Objetivos específicos en las diferentes áreas de conocimiento:
 - Primer periodo: Fase de inicio
 - Segundo periodo: Nivel avanzado
 - Tercer periodo: Nivel competente
 - Cuarto periodo: Nivel senior
6. Sistemas de evaluación del proceso docente
7. Tutores del programa de formación
8. Características del Servicio de Medicina Interna en el Hospital Universitario de Valme:
 - 8.1. Introducción. Unidades de Gestión Clínica que lo integran
 - 8.2. Recursos humanos e infraestructura
 - 8.3. Carteras de servicios

1. DENOMINACION OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS DE TITULACIÓN

Especialidad: Medicina Interna.

Duración: 5 años.

Licenciatura previa: Medicina.

2. INTRODUCCION

La Medicina Interna es una especialidad médica con una larga tradición, que aporta, una atención global al enfermo adulto de carácter preferentemente hospitalario. Los internistas se forman bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Esta actitud ha llevado a participar activamente en la mayoría de los retos asistenciales a los que ha tenido que hacer frente nuestro sistema sanitario, incluida la creación y desarrollo de las diferentes especialidades médicas y atención a nuevas enfermedades.

El internista, hoy día, no abarca con profundidad todos los conocimientos y técnicas de que la Medicina dispone, por lo que ha aprendido a trabajar en equipo, para ofertar a sus pacientes la mejor atención integral posible, conservando una visión global del enfermo y siendo capaz de mantenerse como referente ante enfermedades específicas y esforzarse por ofrecer nuevos servicios que la sociedad solicite.

Es previsible que la atención sanitaria del siglo XXI se mueva en escenarios cambiantes y complejos. En este contexto, el papel del internista como garante de la atención integral en el entorno hospitalario es decisivo para favorecer una atención sanitaria centrada en las necesidades globales de la persona. Con ello se evita el riesgo de atomizar la Medicina no haciendo de la tecnología el eje exclusivo de la atención hospitalaria.

El programa propuesto ofrece las líneas generales en las que se fundamenta la formación actual de los especialistas en Medicina Interna, siguiendo las directrices del nuevo programa de formación para dicha especialidad publicado en el BOE número 33 de 7 de Febrero de 2007 (Orden SCO/227/2007 de 24 Enero), y adaptado a las peculiaridades del Área Hospitalaria de Valme.

3. PERFIL PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA. LOS VALORES DEL MÉDICO INTERNISTA.

3.1. DEFINICIÓN.

La Medicina Interna es una especialidad médica troncal de ejercicio fundamentalmente hospitalario que ofrece a los pacientes adultos una atención integral de sus problemas de salud. Utiliza un abordaje médico en la prevención, diagnóstico, indicación terapéutica y seguimiento de las enfermedades del adulto incluyendo también su rehabilitación y paliación. El internista es referente médico, guía y defensor del paciente en su compleja trayectoria por el sistema sanitario hospitalario actual. Los internistas aportan su polivalencia en hospitalización de agudos y en las urgencias, son el eje vertebrador en el hospital, ejercen funciones de consultaría en atención primaria y ofrecen aspectos innovadores en las áreas alternativas a la hospitalización convencional y en el ámbito socio-sanitario.

Los internistas se caracterizan por una gran capacidad de adaptación a los cambios de su entorno, tienen un papel avanzado, aunque no excluyente en la formación de otros profesionales sanitarios y están preparados para el ejercicio de la investigación clínica.

El programa de formación parte de que la enseñanza debe basarse en quien aprende, adquiriendo de forma progresiva una adecuada competencia clínica, es decir la capacidad para utilizar los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión para afrontar y resolver adecuadamente las situaciones que presupone su ejercicio, de forma progresiva con actitud para mantener su formación de forma continua con inquietud por la investigación, mantenimiento de comportamientos éticos y una relación adecuada con el enfermo y su entorno.

3.2. ACTITUDES Y VALORES DEL INTERNISTA.

El campo de acción del Internista se deriva de sus principales valores y capacidades, en especial de su visión integradora y su polivalencia, centrándose por ello su campo de acción en la atención al enfermo pluripatológico y pluri-sintomático, al enfermo con diagnóstico difícil, así como la atención a todas las enfermedades prevalentes del adulto en el ámbito hospitalario.

El médico internista contrae una serie de responsabilidades con los pacientes y con la sociedad que le obligan en su práctica profesional, participando de forma activa en la defensa de valores que definen el profesionalismo médico. Durante el periodo de formación el internista deberá aprender actitudes y valores específicamente ligados a su ejercicio profesional, como son:

- Facilitar mensajes preventivos de salud a sus pacientes
- Tener respeto por la persona enferma.
- Mostrar actitud de empatía.
- Saber integrarse en el trabajo en equipo.
- Mostrar versatilidad en la adaptación al entorno.
- Saber reconocer las propias limitaciones.
- Desarrollar técnicas de auto-aprendizaje

4. CAMPO DE ACCIÓN.

El campo de acción del médico internista se deriva de su visión integradora y de su polivalencia, centrándose por ello en el paciente pluri-sintomático, frecuentemente pluripatológico, incluyendo la atención a todas las enfermedades prevalentes del adulto en el ámbito hospitalario.

4.1. AREA ASISTENCIAL

1.- Atención clínica del paciente sin diagnóstico preciso.

El internista es un experto en la atención de enfermos cuyo diagnóstico clínico no es evidente.

2.- Atención al enfermo pluripatológico.

Estos enfermos pueden ser más eficientemente atendidos en el ámbito de la Medicina Interna. Ello evitaría la intervención de múltiples especialidades, reiteración de exploraciones, interacciones de fármacos..etc, disminuyendo además los costes sanitarios.

3.- Atención a los procesos más prevalentes en el entorno hospitalario.

La formación global del internista le permite ejercer el papel de clínico generalista con capacidad para atender los problemas clínicos de la mayoría de los pacientes del área médica del hospital con una función de integración y armonización de la práctica clínica en el área médica. Estas capacidades incluyen el manejo clínico de los pacientes atendidos en las nuevas áreas denominadas como alternativas a la hospitalización convencional (*corta estancia, hospital de día, hospitalización domiciliaria, unidades de alta resolución*), etc.

4.- Atención a las personas de edad avanzada en situación de enfermedad aguda o agudizada.

Su formación como experto en la atención integral configura al internista como un profesional capacitado para la atención de las personas de edad avanzada, por cuanto son estas las que claramente pueden beneficiarse de un abordaje integral de sus problemas médicos.

5.- Atención clínica de enfermos atendidos en unidades especiales desarrolladas por los internistas tales como enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes sistémicas, de riesgo vascular, metabólicas, patología hepática, etc. .

Las manifestaciones multiorgánicas de estas enfermedades, y la necesidad de un abordaje integral de los pacientes que las padecen ha determinado que el internista sea el especialista de referencia para ellas

6.- Atención clínica de enfermos en la fase paliativa de la enfermedad.

La visión integral del internista y su habilidad para abordar los problemas desde el síntoma o síndrome clínico convierten la atención de estos pacientes en uno de los contenidos asistenciales de la Medicina Interna.

7.- Atención del paciente que presenta una emergencia o requiere atención urgente.

La formación como generalista y su experiencia en el cuidado continuo del paciente durante todo el proceso hospitalario hacen que el internista esté bien capacitado para la atención de emergencias y solución de problemas urgentes en los diferentes niveles de la urgencia hospitalaria.

8.- Atención médica a pacientes quirúrgicos.

Durante el ingreso hospitalario los pacientes ingresados por problemas quirúrgicos pueden requerir a la vez atención médica. El internista como generalista hospitalario debe asistir a la mayoría de los problemas médicos que surjan. El internista, ya sea como consultor o formando parte de equipos multidisciplinarios, contribuye así a la atención integral de los pacientes ingresados en el área quirúrgica.

9.- Atención a pacientes con enfermedades raras, sin una especialidad bien definida o incluidas en el desarrollo de nuevos conocimientos.

Para mantener la continuidad asistencial en la atención de todos estos pacientes el internista ha de estar especialmente preparado para trabajar en equipo en colaboración con otros especialistas hospitalarios, con el médico de familia y con otros profesionales sanitarios.

4.2. ÁREA DOCENTE

La formación integral del internista exige la adquisición de conocimientos que le capacitan para desarrollar tareas docentes e investigadoras. El aprendizaje de cómo enseñar a otros

los contenidos de su especialidad debe incluir adquirir habilidades docentes, tanto en el ámbito colectivo como en el individual en la docencia que se ejerce directamente sobre otros profesionales médicos.

La especialidad de Medicina Interna, precisamente por su proceder clínico, está dispuesta a colaborar en la formación global de otros especialistas para que en un mundo tecnológico no se pierdan los valores clínicos, éticos y la atención integral. En este sentido ha de tener capacidad de transmitir eficazmente este mensaje con todo lo que comporta. Y conforme a las directrices europeas defiende la utilidad de que las otras especialidades médicas incluyan un periodo formativo común en medicina interna.

4.3. ÁREA INVESTIGADORA

Durante su formación el residente de Medicina Interna debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación. El internista debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación, ya sea de tipo observacional o experimental. También para evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud. Debe ser capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de sus datos, análisis estadístico, discutirlos y elaborar las conclusiones que se derivan de ellos y, por último, su presentación como comunicación o publicación. La formación del internista como futuro investigador ha de irse realizando a medida que avanza su maduración durante los años de especialización, sin menoscabo que pueda realizar una formación adicional al finalizar su período de residencia para capacitarse en un área concreta de Investigación.

5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA INTERNA.

5.1 OBJETIVOS GENERALES.

1. Formar especialistas competentes en Medicina Interna, capaces de llevar a cabo una práctica diaria al máximo nivel de responsabilidad, dirigida a resolver los procesos que afectan a los distintos órganos y sistemas del adulto, haciendo especial hincapié en las patologías más prevalentes y siendo capaces de promover la salud y prevenir la enfermedad de las personas y colectivos que requieran su atención. Deberá desarrollar especiales habilidades en el razonamiento clínico, en la toma de decisiones y en las habilidades clínicas.
2. Formar profesionales que valoren la visión que el enfermo tiene de su propia enfermedad, con un abordaje bio-psicosocial, integrador, que busque la máxima calidad, seguridad y utilización costo-eficiente de los recursos de que dispone, todo ello integrado con un alto nivel de exigencia ética.
3. Formar profesionales capaces de comprender la trascendencia que tiene la transmisión de los conocimientos a otros profesionales de la salud, a los pacientes y a la población sana.
4. Formar profesionales capaces de comprender la trascendencia que tiene la investigación en el progreso social y en el avance de los procedimientos de la prevención y tratamiento de las enfermedades, alcanzando el nivel adecuado de conocimientos que les permita abordar proyectos de investigación de un modo autónomo.
5. Aprender la importancia que tiene la evidencia científica en la toma de decisiones y en la mejor utilización de los recursos preventivos y asistenciales.

6. Conocer la estructura sanitaria de su entorno y la importancia que el clínico tiene en la asignación y utilización de los recursos y en el empleo de guías de práctica clínica en la toma de decisiones.
7. Definir con precisión cada uno de los objetivos generales, intermedios y específicos que debe alcanzar durante su periodo de formación, mencionando explícitamente el nivel de competencia que debe obtener.
8. Dar una formación que le permita comprender y hacer propio el papel de profesional responsable y participativo en la sociedad, que asume la necesidad de ajustar su comportamiento a los códigos éticos y estándares internacionales profesionales.
9. Darles una formación científica que desde los fundamentos moleculares de la vida incluya a las bases de la biología, fisiología, anatomía, fisiopatología, clínica, recursos diagnósticos pronóstico y terapéutica.
10. Establecer un sistema de tutorización efectiva y personal, basada en la voluntariedad, el compromiso y la ejemplaridad personal y profesional del tutor.
11. Aprender la importancia que tiene la relación del médico con el paciente y formar profesionales con habilidades comunicativas con éstos, sus familiares y otros profesionales tanto de atención primaria como especializada.
12. Formar profesionales con habilidades y especial motivación para estar actualizado en los conocimientos que le capacitan para el ejercicio de su profesión y aceptan los controles que la sociedad pueda requerir.
13. Establecer un sistema de evaluación objetiva y estructurada que permita detectar las debilidades y fortalezas del programa de formación y que represente una ayuda para el especialista en formación.
14. Compromiso con el propio desarrollo personal y profesional que le permita ir madurando, a la vez que como futuro especialista médico, como auténtico profesional.

5.2. METODOLOGÍA DOCENTE.

Rotaciones

Las diversas rotaciones estarán encaminadas a conseguir los conocimientos, actitudes y habilidades que se establecen en el plan general de formación del residente adecuadas a las necesidades reales del internista del siglo XXI. Se tenderá a realizar las rotaciones en función de los objetivos que se puedan adquirir en las distintas áreas competenciales que se deban adquirir y los diversos niveles de aprendizaje.

Las rotaciones deben contemplar las nuevas áreas de conocimiento y de práctica clínica que actualmente están en desarrollo:

Recomendaciones generales

Al asumir que se disponen de sesenta meses de tiempo de formación, incluyendo los períodos vacacionales, se considera que la rotación por Medicina Interna y áreas afines debe cubrir 42 meses, siendo los 18 restantes para asistir a otras Unidades o Servicios (en el anexo 1 se adjunta plan individualizado de rotaciones).

Hay que tener en cuenta en todo momento que el residente aprende mientras trabaja y que sigue un proceso de progresiva maduración en la que el equilibrio entre formación y responsabilidad de la asistencia es progresivo. La base formativa es la práctica clínica supervisada que debe ser máxima al inicio del período formativo y mínima al finalizarlo, complementada con determinadas actividades de tipo teórico: talleres, sesiones, seminarios,...Durante todo el periodo de residencia realizará un número de 4-5 guardias mensuales.

5.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Primer período de rotación. 12 meses. Fase de INICIO

Conocimientos

- Realizar la entrevista clínica y conseguir que los encuentros clínicos sean de calidad incluyendo la valoración del estado funcional, mental y entorno social.
- Saber interpretar los datos obtenidos en la anamnesis y la exploración.
- Saber indicar las exploraciones complementarias básicas (analíticas, RX, ECG) adecuadas a cada caso. Y saber interpretar los resultados de las mismas.
- Poder elaborar un juicio clínico diagnóstico de presunción.
- Saber plantear las opciones terapéuticas.

Habilidades Comunicativas

- Ser capaz de dar información clara y concisa al paciente de su estado de salud
- Ser capaz de informar a sus familiares
- Ser capaz de presentar casos clínicos en sesiones del propio Servicio
- Impartir enseñanza práctica a los estudiantes de Medicina

Habilidades Técnicas

- Conocer las indicaciones de las principales punciones (arteriales, venosas, de serosas, determinadas articulares, intradérmicas, subcutáneas)
- Ser capaz de realizarlas con éxito
- Saber interpretar los resultados obtenidos
- Saber realizar e interpretar el examen del fondo de ojo
- Saber realizar e interpretar el tacto rectal y vaginal
- Saber practicar e interpretar el *peak-flow* y la pulsioximetría

Desarrollo personal y profesional

- Saber organizarse el propio *curriculum*
- Ser capaz de solicitar un consentimiento informado
- Manejo ágil de la bibliografía incluyendo realizar búsquedas bibliográficas.
- Adquirir una capacidad de manejo de tecnología informática básica, y conocimientos de la lengua inglesa.

Áreas de actuación

- Áreas de hospitalización de agudos de Medicina Interna/Tomillar: **10 meses**. Los objetivos específicos de este periodo de rotación se indican en anexos 2 y 3.
- Rotación por Centro de Atención Primaria: **2 meses**
- Guardias en Urgencias Generales de Medicina: máximo de 6 mensuales

Segundo período de rotación. 18 meses. AVANZADO

Conocimientos

- Reconocer las enfermedades del paciente
- Saber indicar e interpretar los resultados de las exploraciones complementarias de mayor complejidad o más específicas.
- Ser capaz de elaborar un juicio clínico razonado de cada situación
- Saber priorizar las opciones terapéuticas

Aprender el manejo básico de las enfermedades más prevalentes en las distintas subespecialidades médicas, siendo el objetivo preferente las entidades que se detallan a continuación.

- Enfermedades cardiovasculares/ **2 meses** (Cardiopatía isquémica, Cardiomiopatías, Valvulopatías, Enf. del pericardio, Enf. de los grandes vasos, Arritmias)
- Enfermedades del aparato respiratorio/ **2 meses** (Asma bronquial, EPOC, Neumoconiosis, Enf. Intersticiales, Embolismo pulmonar, Pleuritis y derrame pleural, Patología del sueño, Distres respiratorio)
- Enfermedades del sistema nervioso/ **2 meses** (Epilepsia, AVC, Demencia, Parkinson, Transtornos de la marcha, Neuropatías, Mielopatías)
- Enfermedades nefrourológicas/ **2 meses** (Insuficiencia renal aguda y crónica, Glomerulopatías, Nefropatías intersticiales, Transtornos hidroelectrolíticos, Nefrolitiasis, Uropatía obstructiva). **Se realizará normalmente en el Servicio de Nefrología del H.V. del Rocío, o bien en la Unidad de Nefrología del H. Juan Ramón Jiménez de Huelva.**
- Enfermedades del sistema Endocrino y Nutrición (*Diabetes mellitus*, Enf. del tiroides, hipófisis, suprarrenales, Feocromocitoma), bases de dietética y nutrición / **1 mes**
- Enfermedades del aparato digestivo/ **3 meses** (Patología esofágica, Enfermedad ulcerosa, Enfermedades inflamatorias intestinales, Malabsorción, Patología vascular abdominal, Enf. del peritoneo, Enf. del hígado y vías biliares, Enf. del páncreas)

De forma **optativa**:

- Enfermedades autoinmunes/1-2 **meses** (Vasculitis, colagenosis, sarcoidosis, amiloidosis)
- Enfermedades tumorales/1-2 **meses** (Manejo general del paciente con cáncer, cuidados paliativos, emergencias oncológicas)
- Enfermedades de la piel/ **1 mes** (Principales síndromes cutáneos)
- Cualquier modificación que a juicio del tutor pueda ser beneficiosa para el residente y de acuerdo con la Comisión de Docencia del Centro correspondiente.

Habilidades comunicativas

- Avanzar en las adquiridas en el período previo y en situaciones más complejas
- Saber afrontar las situaciones del final de la vida
- Saber hacer presentaciones en reuniones científicas internas (sesiones generales del hospital, jornadas o simposios)

Habilidades técnicas

- Hacer e interpretar ECG
- Indicar e interpretar resultados de Ecocardiografía
- Indicar e interpretar resultados de Ecografías
- Practicar PAAF de adenopatías y de grasa subcutánea
- Indicar e interpretar TC de tórax, abdomen y cráneo
- Indicar e interpretar exploraciones de RMN
- Indicar broncoscopias y endoscopias digestivas
- Indicar e interpretar pruebas funcionales cardíacas y respiratorias
- Indicar e interpretar resultados de punciones esterales

Desarrollo personal y profesional

- Participar en alguna actividad complementaria a la formación específica (bioética, informática, iniciación a la investigación, inglés médico)
- Saber manejar las bases de datos para conocer la mejor evidencia existente y para presentar trabajos en reuniones y congresos

Áreas de actuación

- Áreas de hospitalización y de consulta externa de especialidades médicas. En el caso de existir aprendizaje de determinadas técnicas se realizará en Unidades de técnicas específicas.
- Gabinetes de técnicas específicas
- Guardias en Área de Observación-Urgencias e inicio de especialista con tutela : máximo de 6 mensuales

Tercer período de rotación. 24 meses. COMPETENTE

Conocimientos

Aprender el manejo **avanzado** de los procesos más propios de la Medicina Interna y áreas relacionadas

- Enfermedades infecciosas/**3 meses** (Síndrome febril, VIH-SIDA, sepsis, endocarditis, infecciones de la piel, partes blandas, óseas, respiratorias, abdominales, SNC, urinarias, infección nosocomial, uso racional de antibióticos y técnicas de diagnóstico microbiológico)
- Cuidados intensivos/ **4-5 meses** (Medicina en áreas de enfermos críticos: trastornos severos del área cardiovascular, respiratorio, renal, hepático, neurológico o metabólico; intoxicaciones, grandes síndromes que requieren manejo intensivo)
- Enfermedades del envejecimiento (evaluación de la discapacidad, deterioro cognitivo, evaluación del entorno social, incontinencia urinaria, inmovilidad, polifarmacia, delirio, fragilidad)

- Enfermedades relacionadas con el abuso de alcohol y drogas (efectos agudos y crónicos, físicos y mentales, de su consumo –síndrome de privación-, manejo integral de la adicción y sus efectos)
- Alternativas a la hospitalización convencional (toma de decisiones para derivaciones, criterios de observación, de ingreso, de corta estancia, de hospitalización domiciliaria)
- Trabajo en Unidades específicas: de enfermedades sistémicas, de riesgo vascular, lípidos, hipertensión arterial, etc...

Habilidades Comunicativas

- Saber establecer relación con pacientes y familiares en situaciones difíciles (malas noticias, solicitud de autopsias, pacientes violentos)
- Comunicarse adecuadamente con colegas
- Hacer presentaciones de calidad en reuniones científicas externas al hospital (Congresos, Jornadas nacionales)

Habilidades técnicas

- Ser capaz de realizar una RCP avanzada
- Realizar intubaciones oro-traqueales
- Ser capaz de insertar accesos venosos
- Dominar las punciones de cavidades (punción lumbar, toracocentesis, paracentesis)
- Adquirir capacitaciones especiales: ecocardiografía, biopsia hepática, ventilación no invasiva

Desarrollo personal y profesional

- Iniciarse y promover la investigación mejorando los conocimientos sobre su metodología
- Desarrollar la capacidad de liderazgo en los equipos de guardia
- Ejercitar las funciones docentes con residentes de años inferiores

Áreas de actuación

- Hospitalización MI / **2-4 meses**
- Consulta externa / **4 meses**
- Áreas alternativas a la hospitalización convencional (hospital de día, corta estancia, U. de diagnóstico rápido, hospitalización domiciliaria) y consultoría de Atención Primaria / **1-2 meses**
- Consultor de Urgencias y Observación
- Consultor quirúrgico y Traumatología/Vascular y resto de especialidades médicas. **2 meses**
- Guardias de especialista en área de hospitalización con menor grado de tutela

Cuarto período de rotación. 6 meses. SENIOR

Este período de formación suele caracterizarse porque el residente muestra:

- Visión global de las situaciones

- Capacidad de valorar lo que es importante en cada situación.
- Percepción de la desviación menos laboriosa
- Utilización de guías con variantes según las situaciones

Conocimientos

- Aplicar en la práctica clínica con alto nivel de madurez todo lo aprendido hasta el momento.
- Adquirir nuevos conocimientos de aspectos que se consideren deficitarios en los años precedentes.
- Conocer nuevos ámbitos de actuación (optativo)

Habilidades comunicativas

- Realizar presentaciones de calidad en reuniones científicas de alto nivel (Congresos, Jornadas internacionales)
- Ser capaces de mantener un óptimo contacto con pacientes y familiares
- Perfeccionamiento de las desarrolladas en los años precedentes

Habilidades técnicas

- Mantener y perfeccionar las adquiridas en los años precedentes

Desarrollo personal y profesional

- Planificar de forma adecuada la propia trayectoria profesional incluyendo la futura dedicación a áreas específicas de Medicina Interna (enfermedades infecciosas, Urgencias, cuidados paliativos, enfermedades hepáticas, dedicación a la investigación, etc...)
- Autoevaluar correctamente la propia capacidad de docencia e investigación
- Ser capaz de participar activamente en proyectos de investigación financiados y en proyectos coordinados (redes de investigación)
- Ser capaz de participar activamente en grupos de trabajo relacionados con la especialidad

Áreas de actuación

- Hacerse cargo de camas de hospitalización de M. Interna con supervisión sólo a demanda.
- Realizar funciones de consultoría en servicios quirúrgicos
- Ejercer en las guardias de médico con experiencia
- Optativo/ **3 meses** en áreas consideradas necesarias para paliar déficits
- Posibilidad de rotaciones externas nacionales o internacionales
- Guardias de especialista en área de hospitalización y consultor de Urgencias y Observación

Los períodos son estimativos, según las necesidades asistenciales de cada momento y las propias peculiaridades del internista en formación.

6. SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DOCENTE Y DE LOS RESULTADOS

Hoy día, no se concibe ningún sistema de formación de pre o postgrado que no considere en su diseño la definición de los objetivos a alcanzar y el desarrollo de un sistema que evalúe el grado de adquisición de los mismos. De igual modo, toda la comunidad educativa está de acuerdo en que los controles de calidad que se establezcan deben tender al máximo de objetividad, validez, reproductibilidad y capacidad de corrección sobre los partícipes y el propio sistema.

Debe tenerse en cuenta que evaluación no significa examen, contrariamente debe ser analizar con rigor las oportunidades de mejora.

Evaluar el sistema de formación ha de permitir:

1. Garantizar al residente que está en condiciones de ejercer como especialista
2. Demostrar a la sociedad la calidad de los internistas formados
3. Acreditar la calidad del sistema formativo
4. Detectar los posibles déficits durante el proceso
5. Implementar las correcciones necesarias
6. Establecer comparaciones entre Unidades Docentes

Para conseguir que el sistema de evaluación tenga éxito han de cumplirse los siguientes requisitos:

- Estar hecha por tutores con conocimiento
- Ser menos complaciente, más rigurosa
- Ser bidireccional (tener en cuenta la opinión del residente)
- Ser formativa (de proceso)
- Ser sumativa (de resultado)
- Ser facilitadora, nunca punitiva
- Elaborarse con herramientas objetivas y validadas

1. Evaluación formativa:

- Entrevista inicial: al iniciar una rotación el residente ha de informarse de sus objetivos. Ello se hará a través de una entrevista con los correspondientes tutores.
- Encuentro durante la rotación: a la mitad de cada rotación se encontraran los tutores con el residente para analizar conjuntamente los puntos fuertes y débiles del desarrollo de la correspondiente rotación.
- Evaluación final de la rotación: el residente hará su valoración según los formularios existentes (ficha 3) y los docentes le comunicaran el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y los puntos a reforzar en el futuro.
- Registro de actividades (portafolio): detallar toda la actividad realizada según lo que ya estaba preestablecido y adecuadamente visado por los médicos responsables y tutores.

2. Evaluación sumativa: pretende conocer el grado de excelencia alcanzado por los residentes en las diferentes áreas de competencia.

- Al finalizar cada uno de los cuatro períodos establecidos se remitirán las evaluaciones reflejo de las realizadas durante ese período
- Hacia la mitad del tercer año, deberá realizarse una evaluación objetiva de la competencia en ese momento con el fin de detectar áreas deficitarias.

- Al finalizar el último período se hará una evaluación final por parte del tutor correspondiente y avalado por el correspondiente Jefe del Servicio donde ha recibido la formación y que sea un resumen de los cinco años de la trayectoria del residente.

La puesta en marcha de este Programa implicará en el futuro la implantación de una prueba final objetiva que permita evaluar la calidad de la formación tal y como se especificará en el Libro del Residente de Medicina Interna. Sería conveniente que esa prueba fuera semejante en todos los países de Europa, con el fin de garantizar que la calidad de la titulación es homogénea en todo el territorio europeo.

Los resultados de las evaluaciones de las rotaciones y de final de período deben estar guardados en un archivo personal de cada residente, siendo accesible sólo al propio residente y su tutor. El tutor podrá tener acceso a dicha información de todos los residentes a su cargo

En B.O.E de 27,Julio,2018 están incluidas las **nuevas Instrucciones del Informe de Evaluación 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. El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se calificará de 1 a 10. 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.

El residente deberá realizar las **Actividades Formativas del Plan Transversal Común con la obligatoriedad de los módulos 1 a 4** (reflejada en el decreto 62/2018 de 6 marzo). Los módulos 5 y 6 no están en el decreto, aunque sí son recomendables.
Programación del PCCEIR

- 1 - Bioética y profesionalismo.
- 2 - Comunicación asistencial y trabajo en equipo.
- 3 - Metodología de la investigación.
- 4 - Asistencia basada en la evidencia y calidad.
- 5 - Soporte Vital Avanzado
- 6 - Protección Radiológica

En el Anexo 4 se encuentran las hojas y modelos de informes de evaluación.

7. TUTORES

Son una figura clave en el proceso de aprendizaje de los internistas en formación, actúa como referente y modelo.

Se considera que un tutor deberá reunir una serie de requisitos:

1. Ser especialista en Medicina Interna
2. Conocer el programa de formación
3. Participar activamente en el desarrollo del programa de formación

4. Tener habilidad para promover y liderar educación médica de calidad
5. Capacidad para implementar estrategias de desarrollo personal (diseño curricular) y de equipo (coordinación con formadores)
6. Mostrar habilidades comunicativas que le permitan establecer relación de confianza y credibilidad con los residentes
7. Tener capacidad de afrontar conflictos con el mayor grado de objetividad y habilidad para llegar a acuerdos
8. Poseer valores tales como profesionalismo elevado, ser respetuosos a la par que respetado, integridad, confidencialidad, humildad, disponibilidad y capacidad de autocrítica.

Las funciones del tutor son:

- Adaptar el Programa a las características del centro.
- Guiar y supervisar la formación de los residentes durante su programa de formación incluyendo la acogida al llegar al hospital.
- Responsabilizarse del plan de formación del residente adaptándolo convenientemente a las características del centro, coordinar las rotaciones establecidas, evaluar a los residentes y a las unidades por donde rotan.
- Velar por la competencia clínica de los residentes a su cargo incluyendo la formación complementaria estipulada en el Plan de formación, la orientación adecuada de las necesidades formativas de cada residente, el cumplimiento de las actividades docentes del centro y la canalización de conflictos.
- Estimular la autoevaluación y la aplicación de nuevas metodologías educativas.
- Incitar a los residentes en sus últimos períodos de formación (competente/senior) a colaborar en la formación de los más jóvenes iniciándose, de esta manera, en su aprendizaje como formadores.
- Colaborar con la Comisión de Docencia del Centro
- Colaborar con la Dirección del Centro para que éste cuente con un soporte bibliográfico adecuado.

Para conseguir con eficacia estas funciones se considera que debe existir una proporción aproximada de, como máximo, un tutor por cada 5-6 residentes. En nuestro centro deben existir al menos tres tutores de Medicina Interna.

No existen reglas que dicten los modos de evaluar a los tutores, aunque se sugiere que sean mediante controles internos y, ocasionalmente, externos (acreditación-reacreditación). El residente debe participar activamente en el proceso de acreditación-reacreditación de tutores.

8. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

8.1. INTRODUCCIÓN

El Servicio de Medicina Interna del Área Hospitalaria de Valme tiene como objetivo básico proporcionar una atención integral a los problemas de salud de pacientes adultos en el ámbito hospitalario, tanto a nivel de hospitalización como en el de consultas externas.

El servicio consta actualmente de dos secciones, autónomas desde el punto de vista funcional, constituidas como unidades de gestión clínica: Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna Continuidad (ubicada en el Hospital Universitario de Valme y Hospital El

Tomillar) y la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

8.2. RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA

1. Recursos humanos.

El Servicio de Medicina Interna dispone de 1 director de Unidad de Gestión Clínica, dos jefes de sección y 28 médicos adjuntos (facultativos especialistas de área), distribuidos en las dos Unidades de Gestión Clínica ya mencionadas:

- **Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna Continuidad:** un director de la unidad (Jose Antonio Mira Escarti), dos jefes de sección (Salvador Vergara López, Alberto Romero Alonso), 22 médicos adjuntos, 110 enfermeras y auxiliares, 18 celadores, una trabajadora social y 3 administrativos.

2. Recursos materiales e infraestructura.

La hospitalización de la **Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna Continuidad** está repartida entre los dos hospitales de Valme y Tomillar. En el hospital de Valme, las camas se encuentran localizadas en la séptima planta (ala izquierda y parte del ala derecha) y, eventualmente, en la sexta derecha y novena izquierda, con un total de 73 camas. Además, en este hospital, la Unidad dispone de una consulta polivalente en la séptima planta izquierda, que puntualmente es utilizada en régimen de hospital de día y tres consultas diarias en la zona hospitalaria de consultas externas (planta baja del hospital). Dispone de 5 salas de trabajo con 2-3 puntos de acceso informático en cada una de ellas.

Por otra parte, en el Hospital El Tomillar, esta Unidad dispone de 71 camas de hospitalización en dos plantas (bajo, segundo derecha y segundo izquierda) y 3 unidades de día/consultas para la atención continuada según el lugar de procedencia del enfermo y su centro de atención primaria. Dispone además de 3 equipos de soporte domiciliario coordinados con atención primaria para la atención programada de pacientes paliativos y pluripatológicos con gran nivel de dependencia. Dispone de 3 salas de trabajo con 2-3 puntos de acceso informático en cada una de ellas.

8.3. CARTERA DE SERVICIOS

Cada una de las dos unidades de Gestión Clínica dispone de una de cartera de servicios propia, tanto desde el punto de vista asistencial, como docente e investigadora.

A. 1) **Cartera Asistencial de servicios de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna Continuidad**

1. Área de hospitalización

En función de su necesidad asistencial ingresan en las camas del Hospital El Tomillar o de Valme (si precisan estudio/tratamiento más complejo o multidisciplinar).

En el hospital de Valme, las camas de hospitalización están orientadas a pacientes pluripatológicos, pacientes con enfermedades sistémicas, de diagnóstico incierto y, en general, a pacientes con patología médica no quirúrgica.

En el hospital El Tomillar se atienden a pacientes pluripatológicos y frágiles, de cuidados paliativos y de perfil geriátrico con cualquier tipo de patología (sistémica u órgano-específica) que por su situación clínica y/o social no es posible o no es aconsejable el estudio o tratamiento en régimen extrahospitalario. Cuenta siempre con una valoración multidisciplinar médico/enfermera/social y, aprovechando el ingreso, los familiares/cuidadores principales reciben formación. El ingreso en la Unidad puede hacerse directamente desde el domicilio, consulta, unidad de día, consulta telefónica o desde camas de hospitalización de otros servicios o de Urgencias de Valme.

En término de CONTENIDOS de la oferta asistencial nuestra CARTERA DE SERVICIOS es:

- *Hipertensión arterial: estudio y tratamiento de formas rebeldes, secundarias y complicaciones.
- *Factores de riesgo vascular: estudio y tratamiento de dislipemias complejas
- *Síndrome metabólico.
- *Nefropatías: estudio inicial previo a derivación a Nefrología, si preciso
- *Cuadros constitucionales.
- *Insuficiencia cardíaca.
- *Cardiopatía isquémica.
- *EPOC.
- *Pluripatología y síndromes de fragilidad
- *Patología del envejecimiento: AVC, demencia, síndrome confusional
- *Anemias y citopenias: estudio diagnóstico
- *Síncope.
- *Neoplasias: manejo en las fases de diagnóstico, en las complicaciones del tratamiento, y en el periodo terminal
- *Fiebre de origen desconocido
- *Patologías de difícil asignación nosológica
- *Síndrome de astenia crónica y fibromialgia
- *Enfermedades sistémicas: vasculitis, conectivopatías y enfermedades metabólicas

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

- Paracentesis diagnóstica y terapéutica
- Toracocentesis diagnóstica
- Artrocentesis.
- Punción lumbar
- Punción de abscesos
- Holter de TA
- Telemetría
- Infiltraciones
- Biopsia cutáneas por punch.
- Educación sanitaria, enfocada a Riesgos cardio-vasculares

2. Hospital de día del Hospital El Tomillar

En este dispositivo asistencial se integran un amplio conjunto de actividades asistenciales diferenciadas que requieran metodologías diagnósticas y/o terapéuticas propias de un Hospital pero que no exijan un ingreso en el área de hospitalización. Las actividades que pueden llevarse a cabo en el Hospital de Día son:

Procedimientos diagnósticos invasivos:

- Punciones lumbares.
- Punciones citológicas de adenopatías periféricas y de masas accesibles sin control de imagen.
- Biopsias cutáneas. Biopsias de lesiones subcutáneas.
- Punciones de infecciones de partes blandas.
- Punciones pleurales, peritoneales y articulares

Procedimientos diagnósticos no invasivos:

- Obtención de muestras hematológicas, bioquímicas y gasométricas.
- Extracción de muestras para hemocultivos. Extracción de muestras para estudios serológicos.
- Obtención de muestras respiratorias o urinarias.
- Realización de EKG/ pulsioximetría.
- Tests cutáneos (PPD, Multitest)

Tratamientos

- Administración de fármacos parenterales (antibióticos, aminos, diuréticos) incluyendo la utilización de vías centrales permanentes (reservorios subcutáneos, catéteres de Hickman).
- Administración de vacunas
- Curas de heridas complejas
- Mantenimiento de accesos venosos centrales
- Transfusiones

Educación sanitaria

- Realizada fundamentalmente por los enfermeros de enlace. Insistencia en autocuidado y mantenimiento de la autonomía personal.
- Apoyo psicosocial orientado a mejorar la adherencia al tratamiento
- Sesiones de educación sanitaria sobre el manejo de la enfermedad dirigidas a pacientes y familiares

3. Consultas externas

- ◆ Consultas específicas: Riesgo cardio-vascular, Hipertensión Arterial, Colagenosis.
- ◆ Estudio rápido de pacientes ambulatorios ("Consulta MIN Rápida").
- ◆ Control tras el alta hospitalaria.
- ◆ Control periódico
- ◆ Administración de terapias IV ambulatorias

4. Interconsultas hospitalarias

Esta modalidad asistencial atiende a pacientes de cualquier especialidad, ingresados en cualquier área de hospitalización del Centro y siempre bajo la demanda del médico responsable del paciente. Esta actividad incluye el seguimiento del proceso durante la hospitalización. Incluye la atención de soporte en cuidados paliativos y la atención integral a pacientes pluripatológicos. Asimismo, si el caso lo precisa, se establecen las medidas para el seguimiento posterior en cualquiera de los dispositivos asistenciales disponibles en la Unidad.

- ◆ Destacar dentro de las interconsultas hospitalarias el **Programa de Coasistencia con Traumatología, Cirugía Vascular, Urología, así como el apoyo asistencial a las Unidades de Digestivo y Cirugía General, para lo cual hay asignado específicamente 2 adjuntos de la unidad.**

5. Consulta telefónica

Pacientes y cuidadores tienen la posibilidad de contactar con los profesionales del Hospital El Tomillar mediante mensaje en contestador automático telefónico, con una respuesta asistencial por parte de los profesionales en menos de 24 horas. Además, los médicos y enfermeros de atención primaria tienen la posibilidad de contacto telefónico directo de 8-15 h de Lunes a Viernes.

6. Actividad asistencial en Área de Urgencias del Hospital

De forma diaria, se realiza una evaluación de todos los enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital y Hospital el Tomillar para determinar la adecuación del ingreso hospitalario. Así mismo, a aquellos pacientes ingresados en ambos servicios se realiza un abordaje integral para garantizar un enfoque diagnóstico y una correcta optimización del tratamiento previo a su ingreso en planta de hospitalización. Desde dicho servicio serán solicitadas, por nuestra parte, las pruebas diagnósticas que el paciente requiera para la patología que condiciona su ingreso en planta.

7. Equipo de soporte domiciliario

A demanda de atención primaria los pacientes son valorados por médicos y/o enfermeros de la unidad en el domicilio conjuntamente con la enfermera gestora de casos domiciliaria que será la encargada de transmitir la información de forma bidireccional.

8. Unidad de Día en H.Valme (próxima apertura): seguimiento de pacientes tras alta hospitalaria o derivados desde el servicio de Urgencias (aún por definir cartera de servicios)

A.2) Cartera Asistencial de servicios de la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

1. Área de hospitalización

En este área se atienden pacientes con cualquier tipo de patología (sistémica u órgano-específica) de etiología infecciosa o en los que existe una sospecha clínica razonable de tal etiología, sea su adquisición comunitaria o nosocomial, y que por su situación clínica y/o social no es posible o no es aconsejable el estudio en régimen extrahospitalario. Las patologías más relevantes y más frecuentemente atendidas en esta área incluyen:

- VIH/SIDA
- Fiebres de origen desconocido
- Fiebres de duración intermedia y prolongada

- Zoonosis y parasitosis
- Sepsis y bacteriemias
- Neumonías, pleuritis y empiemas
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- Endocarditis y pericarditis
- Meningitis, encefalitis y mielitis
- Infecciones del tracto urinario
- Infecciones osteoarticulares
- Infecciones de piel y de partes blandas
- Infecciones oftalmológicas graves
- Infecciones intraabdominales y digestivas
- Enfermedades de transmisión sexual

2. Hospital de día

En este dispositivo asistencial se integran un amplio conjunto de actividades asistenciales diferenciadas, como es la asistencia a pacientes infectados por el VIH con o sin tratamiento antirretroviral, o bien la asistencia a procesos infecciosos (relacionado con el VIH o no) que requieran metodologías diagnósticas y/o terapéuticas propias de un Hospital pero que no exijan un ingreso en el área de hospitalización. Las actividades que pueden llevarse a cabo en el Hospital de Día son:

Procedimientos diagnósticos invasivos:

- Punciones lumbares.
- Punciones citológicas de adenopatías periféricas y de masas accesibles sin control de imagen.
- Biopsias cutáneas.
- Biopsias de lesiones subcutáneas.
- Punciones de infecciones de partes blandas.
- Punciones pleurales, peritoneales y articulares.

Procedimientos diagnósticos no invasivos:

- Obtención de muestras hematológicas, bioquímicas y gasométricas.
- Extracción de muestras para hemocultivos.
- Extracción de muestras para estudios serológicos (incluso urgentes, p.ej.- Rosa de Bengala para diagnóstico rápido de brucelosis).
- Obtención de muestras respiratorias, incluyendo la inducción de esputos con aerosoles ultrasónicos.
- Tests cutáneos (PPD, Multitest)

Tratamientos

- Administración de fármacos parenterales (antibióticos, antifúngicos, antivirales), incluyendo la utilización de vías centrales permanentes (reservorios subcutáneos, catéteres de Hickman).
- Administración de vacunas
- Curas de heridas
- Mantenimiento de accesos venosos centrales

Educación sanitaria

- Realizada fundamentalmente por una enfermera especializada en *counseling* de pacientes con VIH/SIDA, con especial atención a aspectos relacionados con la prevención de la transmisión del VIH.
- Apoyo psicosocial orientado a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral de pacientes infectados por el VIH con el objetivo de mejorar la cumplimentación del mismo
- Sesiones de educación sanitaria sobre el manejo de la enfermedad causada por el VIH y dirigidas a pacientes y familiares

3. Consultas externas

Incluye la actividad realizada en la infraestructura del Hospital de día pero que, por sus características, no se incluye en los supuestos asistenciales del mismo.

- **Consulta VIH-SIDA:** Se atiende 6 días por semana y en ella se asiste a pacientes infectados por el VIH en cualquier estadio evolutivo (pacientes nuevos, revisiones sin tratamiento antirretroviral, pacientes en tratamiento antirretroviral, pacientes coinfectados por VHC, ensayos clínicos, etc.)
- **Consulta rápida VIH-SIDA:** Se atiende a demanda, 5 días por semana y asiste a pacientes con infección por el VIH (nuevos o no) que presenten cualquier complicación supuestamente inherente a su enfermedad y que no haya podido ser resuelta en Atención Primaria y/o Urgencias. No requiere cita y con creciente frecuencia se gestiona por teléfono.
- **Seguimiento telefónico de los tratamientos antirretrovirales.** En aquellos casos de pacientes con baja probabilidad de adherencia a los tratamientos antirretrovirales se realiza un seguimiento prospectivo telefónico como medida de apoyo al cumplimiento terapéutico y como sistema de información sobre el seguimiento del mismo. Aunque aun no está cuantificada su eficacia real existen datos preliminares que apoyan su utilidad práctica. Generalmente, esta labor es efectuada por una de las enfermeras del Hospital de Día.
- **Consulta de síndromes febriles:** Es una actividad especializada en atender a pacientes con síndromes febriles no focalizados de corta duración (<7 días) o de duración intermedia (7-21 días). Los pacientes son remitidos fundamentalmente desde el Servicio de Urgencias mediante un circuito simple de cita telefónica.
- **Consulta externa no-VIH:** En esta consulta se atiende a todos aquellos pacientes no VIH con patología infecciosa que no requieran asistencia rápida ni medios diagnósticos o terapéuticos especiales. En la actualidad, muchos de los pacientes asistidos en esta consulta son revisiones de altas realizadas en el área de hospitalización de Enfermedades Infecciosas o de otros Servicios del Hospital.
- **Consulta de pacientes coinfectados VIH-VHC:** En los últimos años la complejidad del manejo de estos pacientes ha requerido la dedicación de una

consulta prácticamente monográfica a su manejo. Actualmente han sido evaluados y tratados menos de un tercio de los pacientes candidatos a tratamiento, constituyendo esta patología una enorme fuente de demanda asistencial.

4. Interconsultas hospitalarias

Esta modalidad asistencial atiende a pacientes de cualquier Especialidad, ingresados en cualquier área de hospitalización del Centro y siempre bajo la demanda del médico responsable del paciente. Se asiste cualquier tipo de patología infecciosa, comunitaria o nosocomial, aplicando la metodología habitual en la práctica de los Servicios Médicos. Esta actividad incluye el seguimiento del proceso durante la hospitalización. Asimismo, si el caso lo precisa, se establecerán las medidas para el seguimiento posterior en cualquiera de los dispositivos asistenciales disponibles en la Sección de Infecciosas, ya sea en el área de hospitalización (traslado a camas de infecciosos) o en consultas externas u Hospital de Día

5. Equipo de control de infecciones nosocomiales

Un facultativo de la unidad forma parte de este equipo, cuyas características fundamentales son: constituirse y actuar como equipo multidisciplinar (Medicina Preventiva, Microbiología, Enfermedades Infecciosas), incidir en la formación específica en infecciones nosocomiales de todo el personal sanitario, valoración clínica-epidemiológica de las bacteriemias detectadas y de las infecciones por patógenos multirresistentes a antimicrobianos, colaborar con Farmacia en la optimización del tratamiento antimicrobiano.

6. Colaboración asistencial con el Servicio de Urgencias del Hospital

En la dinámica habitual del Servicio de Urgencias se suele requerir la valoración de pacientes que acuden al mismo por parte de la Unidad de E. Infecciosas (generalmente evaluaciones clínicas de aspectos diagnósticos y/o terapéuticos). Para ello un facultativo de la Unidad está disponible de 8 a 15 horas para atender consultas realizadas por cualquier médico del Servicio de Urgencias.

7. Programas Asistenciales con Atención Primaria

Estos programas incluyen fundamentalmente la coordinación de la asistencia a pacientes infectados por el VIH y la asistencia a pacientes con síndromes febriles. Esta actividad se realiza de forma telefónica y/o personal entre los médicos de Atención Primaria y los facultativos de la Unidad de E. Infecciosas.

Por otra parte, la Unidad de E. Infecciosas participa en la Comisión Interniveles para la formulación de la Política de Antimicrobianos del Área Hospitalaria. Igualmente, colabora activamente en el seguimiento de casos de tuberculosis de cualquier localización que han sido atendidos por la Unidad, realizando esta función en colaboración con Epidemiología del Distrito y con el Servicio de Neumología.

B) Docente

Las dos unidades cuentan en total con 1 Catedrático de Medicina, 5 Doctores en Medicina-Cirugía y 8 Profesores Asociados.

Se imparte docencia teórico-práctica de tipo:

- **Formación pregrado:** Se imparte docencia a alumnos de los cursos 3º, 4º, 5º y 6º de la Facultad de Medicina de Sevilla.

- **Formación post-grado:** Formación de médicos residentes de diversas especialidades médicas que requieren formación en medicina clínica asistencial en sus primeras fases de los respectivos planes de formación. Además, participan activamente en la organización de cursos del doctorado y diversos cursos nacionales e internacionales de ámbito público y privado.

- **Formación continuada:** Los facultativos de la Unidad, junto con los propios facultativos en formación, participan activamente en el programa de sesiones, que contempla:

- Una sesión clínica diaria, generalmente presentada por facultativos en formación y ocupan diferentes aspectos del ámbito asistencial y docente (casos clínicos, revisiones bibliográficas, presentación de guías clínicas, etc.)
- Participación activa de residentes y facultativos en la Sesión General Hospitalaria con carácter quincenal o mensual.
- Con periodicidad quincenal/mensual se realiza sesión conjunta de con otros servicios médicos (Oncología, Neurología, UCI,...).

C) Cartera de actividades investigadoras

La unidad cuenta con varios grupos de investigación: Grupo para el Estudio de las Hepatitis Víricas y el SIDA (referente a nivel nacional e internacional), Factores de riesgo vascular, Infecciones Nosocomiales y Medicina Basada en la Evidencia. Manejo clínica de Icardiaca y comorbilidades (a través de U.Dia MIN Valme). El bagaje científico de los últimos años es amplio: publicación de artículos en revistas nacionales e internacionales de alto factor de impacto, múltiples comunicaciones a congresos nacionales e internacionales de la especialidad, ponencias, guías de práctica clínica, varios premios a la investigación, así como la concesión de diversas ayudas públicas tanto regionales como nacionales.

D) Otros servicios al Hospital

Participación en diferentes comisiones clínicas como el Comité de Ensayos Clínicos, la Comisión de Farmacia, la Comisión de Infecciosos, Comisión de Investigación y Comité Ético del Área Sur de Sevilla.

ANEXO 1

PLAN DE ROTACIONES MIR MEDICINA INTERNA (Junio 2018-Mayo 2023)

Dr. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

PIF (R1-R5)	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
R1 A					CURSOS	MIN1	MIN1	MIN1	MIN1	MIN1	TOMI	TOMI
R1 B					CURSOS	MIN1	MIN1	MIN1	MIN1	MIN1	TOMI	TOMI
R1-R2 A	MIN2	MIN2	MIN2	C.SALUD	C.SALUD	CAR	CAR	DIG	DIG	DIG	NML	NML
R1-R2 B	MIN2	MIN2	MIN2	C-SALUD	C.SALUD	DIG	DIG	DIG	END	REUMA	CAR	CAR
R2-R3 A	INF	INF	INF/CCEE	REUMA	END	ECO CLINICA	NEURO	NEURO	NEFRO	NEFRO	UDIA VALME	TOMI
R2-R3 B	NML	NML	NEFRO	NEFRO	INF/CCEE	INF	INF	INF	ECO CLINICA	UDIA VALME	NEURO	NEURO
R3-R4 A	TOMI	TOMI	TOMI	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI	MIN/CIA	MIN/COT	MIN1	MIN1
R3-R4 B	UCI	UCI	UCI	UCI	TOMI	TOMI	TOMI	TOMI	MIN/COT	MIN/CIA	MIN1	MIN1
R4-R5 A	MIN1	MIN2	MIN2	SISTEMICA	SISTEMICA	MIN OTRAS	MIN	MIN	MIN	ROTAC EXT	ROTAC EXT	ROTAC EXT
R4-R5B	MIN1	MIN2	MIN2	MIN OTRAS	SISTEMICA	SISTEMICA	MIN	MIN	MIN	CCEE MIN	CCEE MIN	CCEE MIN
R5 A	CCEE MIN	CCEE MIN	CCEE MIN	CCEE MIN	MIN							
R5 B	CCEE MIN	ROTAC EXT	ROTAC EXT	ROTAC EXT	MIN							

AP: Atención Primaria, CAR: Cardiología, DIG: Digestivo, END: Endocrinología, INF: Infecciosos, MIN: Medicina Interna, MIN-C. Ext : Consulta Externa M. Interna, NEFR: Nefrología (H.V.Rocío), NEUR: Neurología, NML: Neumología, MIN-Tomillar, UCI: Cuidados Intensivos. MIN OTRAS (Autoinmunes, Reumatología... rotatorios en Valme o en otro centro)

ANEXO 2

OBJETIVOS DEL ROTATORIO DEL RESIDENTE R-1 POR MEDICINA INTERNA:

Durante el periodo de rotación por Medicina Interna del residente R1 los objetivos básicos a considerar, y que constituyen la base de la correspondiente evaluación, son los siguientes:

1) Realizar historias clínicas de forma adecuada, recogiendo todos los elementos necesarios para obtener una historia de calidad. Se hará hincapié en la historia farmacológica, situación basal funcional, social, y cognitiva, así como en recoger los antecedentes patológicos usando escalas para cuantificar el grado de su severidad (NYHA, etc...). La información recogida será un concentrado de lo más relevante de los informes previos, debiéndose evitar el “copia-pegar” a partir de otros informes. El objetivo es que el residente aprenda a sintetizar y a ver de manera crítica los diagnósticos previos. Ver documento específico en la carpeta del servicio (Sistematización/Modelo de historia clínica).

2) Sistemática en la elaboración de un juicio diagnóstico de presunción, es decir, planteando un diagnóstico sindrómico y sobre cada síndrome dar al menos tres posibilidades etiológicas por orden de probabilidades, discutiéndose los datos a favor y en contra de cada una de las posibilidades. Dentro de este juicio clínico se incluyen otros problemas identificados aunque no sean el motivo principal de ingreso, como por ejemplo los problemas sociales o los hallazgos analíticos relevantes que traduzcan un problema (por ej: un nivel de hemoglobina bajo, o una elevación de creatinina, no conocidos).

3) Establecer un plan de trabajo acorde a los juicios diagnósticos y los problemas identificados. El plan de trabajo no es “solicitar ecocardio, rx de tórax, etc...”, sino que consiste en describir cual va a ser la ruta a seguir para abordar cada problema. Por ej: en un paciente con sd. Constitucional y consumo importante de tóxicos, un plan de trabajo puede ser esperar a ver el efecto tras retirada del alcohol y ver si mejoran los síntomas; en caso de que no mejoren los síntomas realizar estudios complementarios para filiarlo (pruebas de imagen, analítica, etc...). El plan de trabajo debe incluir la estrategia para resolver cualquier tipo de problema del paciente, por ej: contactar con los familiares o el trabajador social, para que se hagan cargo de un paciente al alta que ha quedado con un nivel de dependencia importante.

4) Las pruebas complementarias deben justificarse. Se debe indicar qué se espera de cada prueba. Amplias baterías analíticas “de entrada” raramente están justificadas. Se valorará que se realice el estudio de forma secuencial. Por ejemplo el estudio de hipertransaminasemia: de entrada se realizaría una eco y serología VHC y VHB, si estas fuesen negativas se ampliaría a otras determinaciones. Determinar de entrada los ANOES, cobre, etc... suele ser incorrecto salvo que haya datos clínicos sugestivos. Las peticiones realizadas se anotarán en una hoja aparte (hoja de peticiones).

6) Saber indicar e interpretar las exploraciones complementarias básicas (analíticas, Rx, ECG). Se evitará el abuso de pruebas urgentes de forma injustificada. Saber interpretar los resultados de las mismas.

7) Saber plantear las opciones terapéuticas básicas para los síndromes/enfermedades más comunes: ICC descompensada, Neumonía, EPOC agudizado, insuficiencia respiratoria aguda, Sd. Coronario agudo, etc...

8) Las historias se hacen a máquina y se mantienen ordenadas adecuadamente, por razones de eficiencia (evitamos duplicar el esfuerzo y las hacemos con el mismo formato que se utilizará al alta) y para evitar los problemas de legibilidad de la escritura a mano. Ver documento específico en la carpeta del servicio (Sistematización/Modelo orden de historia clínica).

9) Habilidades comunicativas: Ser capaz de dar información clara, concisa, y adaptada al nivel cultural de la población. Empatizar con los pacientes y familiares es fundamental; ser conscientes de su situación de sufrimiento y por ello ser sensibles a sus necesidades (Por ej: información y atención a familiares, fuera de horario; atención a visitas sin cita "paracaidistas"), será valorado positivamente. Ser capaz de solicitar un consentimiento informado. El residente comunicará el plan de trabajo a la familia, al ingreso, y al alta, le dará el informe en mano.

10) Ser capaz de presentar sesiones en el propio Servicio. Se valorará que se ajuste al formato propuesto para las sesiones (nº de diapos, contenido, etc...-ver instrucciones en planning de sesiones-). El residente deberá cumplir con el tipo de sesión asignada, es decir que si se le asigna una bibliográfica, que no presente un caso clínico. Se puntuará negativamente la sesión clínica anulada por el residente.

11) Colaborar en la enseñanza práctica a los estudiantes de Medicina. Mostrar Rx interesantes, acompañar para que ausculten un ruido patológico o vean una lesión dermatológica de interés, etc...

12) Habilidades técnicas:

-Exploración física correcta.

-Conocer las indicaciones de las principales punciones (serosas, determinadas articulares). Ser capaz de realizarlas con éxito. Saber interpretar los resultados obtenidos.

-Saber realizar e interpretar el examen del fondo de ojo, tacto rectal y pulsioximetría.

13) Manejo ágil de la bibliografía, incluyendo:

-Conocer las fuentes bibliográficas disponibles en el Servicio (carpeta de sistematización/libros de consulta).

-Iniciación a la MBE, realizando las búsquedas bibliográficas siguiendo el esquema de la pirámide 6S. Conocer el manejo básico de las bases de datos que la componen: UptoDate, la Cochrane, DARE, Clinical Evidences, Tripdatabase, Guías de práctica clínica, PubMed.

-Realización de sesiones bibliográficas sobre un tema, usando un artículo con una metodología específica (ej: caso control, ECA, etc...) que deberá analizarse.

14) Compromiso y responsabilidad para la tarea diaria asignada y con el paciente. El residente cumplirá, salvo excepciones por días especialmente complicados, con la tarea diaria asignada: realización, al menos, de las historias clínicas de los nuevos ingresos; no dejando la tarea sin acabar antes de irse de guardia, curso, etc... Por otra parte, el compromiso hacia el paciente y la familia implica que el residente deberá tener una actitud dinámica dentro de su trabajo: reclamar pruebas, comentar el caso con otros

profesionales, etc...no siendo adecuada la actitud "funcionarial" de espera pasiva y de falta de implicación.

15) Puntualidad, asistencia a sesiones. Es especialmente relevante que el residente cultive ciertos valores básicos desde el principio: puntualidad para llegar a trabajar a las 8 de la mañana, y por supuesto, acudir a todas las sesiones clínicas.

16) Absentismo, salidas a cursos y congresos, salientes de guardia. El absentismo injustificado o las salidas frecuentes a cursos y congresos (fuera de los establecidos como de interés para el R-1) dificultan la continuidad asistencial y la formación del residente. En los salientes de guardia se valorará que al menos el residente se quede al comentario de los pacientes en el despacho/pase de sala.

17) Aprovechamiento de las interconsultas a otros especialistas: siempre que sea posible, el residente acompañará al especialista durante la visita al paciente para ver in situ cómo el especialista en cuestión realiza su historia, exploración, y valoración independiente de las pruebas complementarias.

18) Respeto a los principios bioéticos fundamentales: Conocer los principios bioéticos fundamentales y respetarlos.

ORDEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS (DE DELANTE HACIA ATRÁS):

1. SOLAPA: PEGATINAS DEL PACIENTE.
2. PRIMERA PÁGINA: GRAFICAS DE CONSTANTES.
3. HOJAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA Y OTROS REGISTROS ENFERMEROS.
4. TRATAMIENTOS (EL MÁS RECIENTE DELANTE).
5. INFORMES ANTIGUOS DEL PACIENTE(EL MÁS ANTIGUO DELANTE)
6. HOJA DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE A URGENCIAS (P-10, HOJA DEL Sº DE URGENCIAS DEL AREA...).
7. HISTORIA DE URGENCIAS (DE LA MÁS ANTIGUA A LA MÁS NUEVA).
8. NOTA DE INGRESO EN MIN (HISTORIA ACTUAL NUESTRA).
9. HOJAS DE EVOLUCIÓN MÉDICA.
10. HOJA DE PETICIONES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
11. ANALÍTICAS (DE LA MÁS RECIENTE A LA MÁS ANTIGUA).
12. INFORMES DE PRUEBAS (TAC, ECO, ETC....).
13. EKGs.
14. CONSENTIMIENTOS FIRMADOS.
15. COPIAS DE VALES PARA TRANSFUSIÓN.
16. HOJA DE SOLICITUD DE INGRESO

ANEXO 3

PROPUESTA MODELO HISTORIA CLÍNICA/INFORME DE ALTA DE MEDICINA INTERNA

JUSTIFICACION

Este esquema propuesto puede tener las siguientes ventajas:

- 1-Facilitar el trabajo en los reingresos/revisiones en consultas, al homogeneizarse la información recogida.
- 2-Facilitar la toma de decisiones.
- 3-Minimizar la duplicación de estudios.
- 4-Aumentar la seguridad del paciente. Tránsito más seguro del paciente en el sistema (múltiples especialidades).
- 5-Permite conocer con más exactitud la progresión de las enfermedades y la respuesta a las terapias.
- 6-Facilita la continuidad de cuidados interniveles.

En todos los pacientes se revisará el visualizador de episodios para completar la anamnesis. En caso de duda se revisará la historia antigua en papel y se solicitarán los informes de especialistas a la familia.

I. PROCEDENCIA Y MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de 76 años que ingresa desde Urgencias/Consulta externa/Domicilio. Consultó por...síntoma/s principal: ej: disnea, movimientos anormales, pérdida de consciencia.

II. ANTECEDENTES

- Antecedentes familiares.
- Alergias y Efectos adversos presentados con fármacos, ej: tos por IECAs.
- Hábitos tóxicos(tabaquismo, etilismo, ADVP/I).
- Si cumple criterios, poner "PACIENTE PLURIPATOLÓGICO".
- Factores de riesgo vascular
 - HTA: tiempo de evolución, afectación órganos diana (cardiopatía HTA, etc.), buen/mal control habitual.
 - DM: tiempo de evolución, afectación órganos diana (cardiopatía HTA, etc.), buen/mal control habitual.
 - Hiperlipemia: tiempo de evolución, buen/mal control habitual.

Evaluación clínica de las Patologías:

- Insuficiencia cardíaca. Etiología (valvular, isquémica, cardiopatía hipertensiva), etc...Situación funcional basal habitual usando escala NYHA(no confundir con la situación de disnea antes del ingreso que obviamente será peor, debe especificarse la de unos meses antes de enfermar). Datos principales y fecha de última ecocardio disponible. Datos y fecha de otros estudios realizados (coronario, etc..). Seguimiento o no por especialista de zona.
- Enfermedad respiratoria crónica. Etiología (EPOC, SAOS, etc...). Situación funcional habitual usando escala MRC. Datos y fecha de últimos estudios realizados: Espirometría y Gasometría arterial. Seguimiento o no por especialista de zona.
- Enfermedad renal crónica: Etiología (nefropatía diabética, hipertensiva, isquémica, no filiada,) etc...Datos y fecha de estudios: eco abdominal: tamaño renal (riñones pequeños o grandes). Urea y creatinina basal, aclaramiento de creatinina estimado(usar la fórmula

MDRD para su cálculo), Estadiaje según la NKF (insuf renal moderada, etc.). Seguimiento o no por especialista de zona.

-Hepatopatía crónica: presencia o no de hipertensión portal, complicaciones (hiperesplenismo, varices, etc.). Datos complementarios: endoscopia, eco, etc.. Estadiaje según Child-Pugh. Seguimiento o no por especialista de zona.

-Enfermedad neurológica. Etiología: vascular, etc...Datos y fechas de estudios realizados: TAC, doppler, etc...Mencionar si existe o no deterioro cognitivo y dependencia de cuidados. Manifestaciones clínicas/complicaciones relevantes: Hemiparesia, Disfagia a líquidos y sólidos, incontinencia, úlceras de decúbito, etc...Seguimiento o no por especialista de zona.

-Enfermedad hematológica. Ej. Anemia. Etiología. Fecha y estudios realizados. Ej: B12, fólico, frotis, metabolismo del hierro, ferritina, etc...Si es multifactorial, especificar los múltiples factores. Mencionar frecuencia con la que ha precisado transfusiones. Seguimiento o no por especialista de zona.

-Arteriopatía periférica. Estudios realizados: arterio, doppler. Estadiaje de la claudicación según La fontaine.

-Enfermedad osteoarticular. Etiología. Si no tiene diagnóstico clasificar las algias como mecánicas o inflamatorias. Mencionar localizaciones (cervical, rodillas, caquis, generalizado). Si limita las actividades básicas de vida diaria, mencionarlo.

-Neoplasias. Tipo histológico y localización, Estadiaje TNM. Estadiaje funcional según la ECOG. Tratamientos recibidos: quimio, radio, cirugía. Datos y fechas de últimas pruebas de imagen realizadas para control de tto/valoración de recidiva. Seguimiento o no por especialista de zona.

-Al revisar el visualizador, mencionar hallazgos en pruebas complementarias realizadas por otros motivos: Ej: colestasis en eco, osteoporosis vertebral o TBC residual pulmonar en rx de torax, etc...

-Patología psiquiátrica. Ansiedad, depresión, etc... Seguimiento o no por especialista de zona.

-Otros problemas prevalentes en ancianos, relevantes para el ingreso: Estreñimiento, insomnio, agitación nocturna.

-Intervenciones quirúrgicas.

-Situación basal Funcional, Social, y Cognitiva: mencionar si autonomía para actividades de la vida diaria o no (mencionar áreas de dependencia usando el Barthel –no es preciso dar puntuación, solo si es dependiente para aseo, vestido, etc...-). Mencionar la causa de su dependencia: por artrosis, disnea, demencia, alteración visual, etc...Situación social: vive solo, con familia cercana, institucionalizado en residencia. Deterioro cognitivo sí o no (y grado si especificado en informes previos).

Tratamiento que venía haciendo en su domicilio (No asumir que el tratamiento actual es el del último alta. Siempre solicitar a los familiares que se traigan “los cartones” al día siguiente para confirmarlo (no vale poner el paciente los desconoce o no los aporta):

-Para todos los fármacos mencionar siempre: Principio activo, dosis, y hora de las tomas diarias.

-Preguntar por otros fármacos que frecuentemente no se mencionan a pesar de su consumo habitual: AINE, hipnóticos, laxantes.

III. ENFERMEDAD ACTUAL

Descripción de los síntomas que han motivado el ingreso. Se interrogará al paciente y familiares. En caso de ausencia de familiares se realizará llamada telefónica para obtener datos de primera mano de su cuidador en la residencia de ancianos o domicilio.

Mencionar datos relevantes de su estancia en observación/urgencias: ej durante su estancia en observación sufre parada cardiorrespiratoria, etc...

IV. EXPLORACION

Nivel de consciencia y orientación, estado de hidratación, Peso y talla (IMC si obesidad), tensión arterial, Auscultación cardiorrespiratoria, presencia de adenopatías, palpación del cuello, mamas, exploración abdominal, MMII: edemas, signos de TVP, presencia de signos tróficos, hiperpigmentación, pulsos distales. Exploración neurológica si el motivo de consulta lo requiere (déficit motor, alteración nivel de consciencia).

V. P. COMPLEMENTARIAS

- Hemograma:
- Bioquímica:
- Rx de tórax:
- ECG:
- etc...

VI. EVOLUCION Y COMENTARIOS (esta sección solo es para el informe de alta)

-Razonamiento y justificación del juicio clínico. En caso de diagnóstico dudoso, será este el lugar donde se expresen dichas dudas. Datos a favor y en contra de las etiologías.

-Descripción de otras complicaciones durante el ingreso: ej ITU.

-En caso de que el estudio del paciente no esté completado, se especificará aquí el plan diagnóstico terapéutico a seguir con el paciente: ej. Realizar endoscopia alta y baja si se confirma ferropenia, etc...

VII. JUICIO CLINICO

Durante el ingreso:

- 1) Diagnóstico sindrómico. Ej: insuficiencia respiratoria crónica global agudizada.
- 2) Diagnóstico diferencial de etiologías causales del síndrome: EPOC agudizado, SAOS, Obesidad-hipoventilación, etc...
- 3) Mención de otros hallazgos patológicos no conocidos previamente: Anemia micro-hipo, úlceras de decúbito, etc.....
- 4) Otros problemas de interés: problemática social, etc..
- 5) Si el paciente es NO RCP/No subsidiario de ingreso en UCI, mencionarlo.

Para el alta: utilizar el documento ya repartido (orientado a la codificación):

- 1) Motivo de ingreso: etiología de los síntomas/Síndrome que motiva el ingreso. Ej: neoplasia cerebral.
- 2) Diagnósticos secundarios: (otras enfermedades/manifestaciones que han influido en el ingreso).
 - Crisis comicial.
 - Malnutrición por neoplasia avanzada.
 - Problemática social.
 - PACIENTE PLURIPATOLOGICO. Poner como diagnóstico si cumple criterios.

Nota para el codificador. Complicaciones o comorbilidades mayores y menores:

VIII. PLAN DE TRABAJO

-Encaminado a tratar y encontrar la etiología que provoca el síndrome del juicio clínico. Breve resumen de qué problemas se van a abordar en el ingreso y como. Ej: Primero ventilar al paciente con VMNI para disminuir el CO2 y luego realización de estudio del sueño y espirométrico, Duración de la terapia antibiótica, etc...

IX. PETICIONES

-Acordes con el plan de trabajo y juicio clínico.

X. TRATAMIENTO (en el informe de alta)

- Recomendaciones dietéticas normalizadas (Dar folleto disponible en el servicio).
- Actualización de todo el tratamiento para evitar confusiones. Especificar activamente lo que debe suspenderse de su anterior tratamiento.
- Objetivos terapéuticos individualizados.
- Signos de alarma y cuando consultar.
- En determinados fármacos de alta toxicidad, recomendar controles periódicos y signos de alarma; por ejemplo, si anorexia en paciente con toma de digoxina, consultar al médico de familia para realización de niveles y valorar retirada o descenso de dosis. Si toma de amiodarona, realizar tiroideas cada 6-12 meses.

Recomendable: Proporcionar teléfono de contacto del despacho médico en caso de problemas/dudas en los días posteriores al alta.

Destino del paciente al alta: pendiente de definirse según la política actual del Servicio. Evitar enviar al paciente de forma injustificada a los especialistas de zona si el estudio de su patología está concluido y solo requiere revisiones rutinarias. El paciente tiene su médico de familia y es el encargado de dichas revisiones salvo que sea un tema altamente especializado (Por ejemplo: manejo farmacológico de un Parkinson o demencia). Valorar seguimiento por MIN Tomillar si es pluripatológico frágil y/o en fase paliativa.

Firma. El residente que hace la historia al ingreso es coresponsable y firma el primero, el adjunto es el que supervisa todo y firma el último.

ANEXO 4

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. Respeta 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 X 65) + (C X 25)]/90 + B (máx. 1 punto)

Fecha y firma del TUTOR	
-------------------------	--

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

A. ROTACIONES^{4, 5}:

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

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

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 período complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente sugerir la duración del período 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 de residentes, calificados como muy bueno.

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

⁴Se 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.

⁵La 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.

⁶Requiere 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 periodo de recuperación.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el periodo 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 considere que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

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

⁷No 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.

ANEXO 5

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LOS RESIDENTES EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Unidad Docente de Medicina Interna

Hospital Universitario de Valme

Sevilla

INTRODUCCIÓN

Siguiendo las directrices del Real Decreto (RD) 183/2008, que determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, insta en su artículo 15.5 a que se elaboren protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas. Este protocolo deberá tener en cuenta los criterios de responsabilidad progresiva del residente, tal y como se referencia en el mencionado RD (artículos 14 y 15). De esta forma el sistema formativo contempla la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

Asimismo, en el propio programa de formación de la especialidad de Medicina Interna (BOE SCO/227/2007, punto 6.1 del anexo) se señala que "...durante el periodo formativo el residente aprende mientras trabaja, siguiendo un proceso progresivo de maduración en el que debe existir un equilibrio entre formación y responsabilidad. Por tanto, la práctica clínica supervisada debe ser máxima al inicio del periodo formativo y mínima en las etapas finales del mismo".

CONSIDERACIONES SOBRE LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE ESTE PROTOCOLO

1. Los residentes en formación se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en la unidad docente de M. Interna, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas, y/o a sus tutores docentes, cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
2. El residente tiene el derecho y la obligación de conocer a los profesionales presentes en la unidad docente de M. Interna (facultativos y personal de enfermería), pudiendo recurrir y consultar con los mismos cuando lo considere necesario.
3. La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física, es decir, mediante la completa disponibilidad y accesibilidad del facultativo especialista responsable para cualquier consulta a realizar por el residente a su cargo. Esta supervisión se aplicará a la actividad asistencial rutinaria (tarea diaria de la planta de

hospitalización y consultas externas), así como a la atención continuada (guardias médicas).

4. El facultativo especialista será el responsable directo del visado de los documentos asistenciales recogidos en el RD: altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

5. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a éste como a los especialistas responsables del mismo, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de las actividades a realizar y del propio proceso individual de adquisición de competencias por parte del residente.

- **NIVELES DE RESPONSABILIDAD**

Los niveles de responsabilidad del residente dependerán del año que estén cursando, del grado de competencias adquirido y del periodo de tiempo en el que se encuentren dentro de cada rotación.

Dichos niveles pueden ser:

<i>Nivel 1</i>	<i>Responsabilidad mínima</i>	El residente tiene una responsabilidad mínima en la actividad, no actúa. La actividad es desarrollada por un residente que tiene un nivel de responsabilidad 3 o un facultativo especialista.
<i>Nivel 2</i>	<i>Responsabilidad intermedia / Supervisión directa previa</i>	El residente actúa bajo la supervisión directa de un facultativo especialista. Responsabilidad media.
<i>Nivel 3</i>	<i>Responsabilidad máxima/Supervisión a demanda</i>	El residente tiene una responsabilidad máxima, actúa según su criterio, es supervisado a posteriori o según demanda.

MAPA DE COMPETENCIAS Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Conocimientos / Habilidades	Nivel de responsabilidad				
		R1	R2	R3	R4
Aspectos éticos, legislación, deberes y derechos del ciudadano		1	2	2	3
Conocimientos teóricos de la epidemiología, patogenia, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención		1	2	2	3
Actividad clínica:					
Realización de la historia clínica y exploración física general		2	2	3	3
Control y seguimiento de pacientes hospitalizados		2	2	2	2
Realización de informe clínico		2	2	2	2
Cumplimentación de protocolos asistenciales		1	2	3	3
Cumplimentación de prescripciones terapéuticas		2	2	2	2
Solicitud de estudios analíticos generales		1	2	2	2
Solicitud de estudios analíticos especiales		1	2	2	2
Solicitud de estudios de imagen		2	2	2	2
Pruebas diagnósticas complementarias					
Fondo de ojo		2	2	3	3
Punciones de fluidos biológicos (artrocentesis, punción lumbar, toracocentesis, paracentesis)		1	2	2	3
Punciones de tejidos blandos		1	2	2	2
Metodología científica:					
Elaboración de comunicación científica		1	2	2	3
Elaboración de artículo científico		1	2	2	2
Elaboración de proyecto de investigación		1	1	1	2
Conocimientos básicos de gestión clínica		1	1	2	2
Tecnología de información (procesador de texto, bases datos,...)		1	2	2	3

Controles de calidad (bases y aplicaciones)	1	1	2	2
Idioma inglés	1	2	2	2

R1-5: residente de 1^o-5^o año