

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Itinerario formativo de residentes

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

Servicio que lo presenta	Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SARTD)
Fecha de elaboración	10/04/2014
Fecha de revisión	01/07/2021

Autor/es	Carácter con que actúan
Dra. Olga Aznar Millán	Tutora de SARTD
Dra. María Isabel De Miguel Cabrera	Tutora de SARTD
Dra. María Rosa Játiva Porcar	Tutora de SARTD
Dra. Laura Edo	Jefe de Servicio ARTD

Servicios implicados en la Guía	Consensuado (poner Si o No)

Gestión de modificaciones	Fecha
Aprobación de la actualización	XX/XX/2021 por Comisión de Docencia

Vº Bº

EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

1	Introducción	4
2	Marco legal.....	4
3	Acogida	5
3.1	Bienvenida.....	5
3.2	Presentación	5
3.3	Desarrollo.....	5
3.3.1	Qué pretendes ser: la especialidad	5
3.3.2	Qué eres: el residente	6
3.3.3	Guía o itinerario formativo de la unidad.....	6
3.4	Acogida a residentes de otra especialidad.....	6
4	Organización del Servicio	6
4.1	Estructura	6
4.1.1	Hospitalización	7
4.1.2	Quirófanos	7
5	Ámbito de competencia.....	8
6	Cartera de servicios	8
6.1	Actividad asistencial urgente: Guardia	12
6.1.1	Incidencias en la atención continuada; ¡Error! Marcador no definido.	
6.1.2	Maternidad	¡Error! Marcador no definido.
7	Definición del puesto de trabajo	12
7.1	Facultativo Especialista de Departamento	12
7.2	Personal colaborador	14
7.2.1	Enfermería quirúrgica	14
7.2.1.1	Responsabilidades durante la cirugía	14
7.2.1.2	Responsabilidades en la finalización de la cirugía.....	15
7.2.2	Enfermería de URPA	15
7.2.3	Auxiliar de URPA.....	15
7.3	Composición	16
8	Guía o itinerario formativo de la Unidad Docente.....	17
8.1	Competencias	17
8.2	Programa del Ministerio.....	17
8.2.1	Definición de la especialidad y campo de acción.....	18
8.2.2	Objetivos generales de la formación.....	18
8.2.3	Contenidos específicos	19
8.2.3.1	Teóricos	19
8.2.3.2	Prácticos	20
8.2.4	Rotaciones.....	21
8.2.4.1	Cronograma	22
8.2.5	Objetivos específicos por año de residencia.....	23
8.2.5.1	Cognoscitivos	23
8.2.5.2	Habilidades	24
8.2.5.3	Actividades asistenciales	25
8.2.5.4	Actividades científico-docentes	25
8.2.5.5	Actividades de investigación.....	25
8.3	Objetivos de la Unidad Docente	25

8.3.1	Generales	26
8.3.2	Específicos	26
8.4	Expectativas del residente	26
8.4.1	El método formativo	29
8.5	Plan de formación común.....	30
8.6	Libro del residente.....	30
8.7	Entrega de la guía o itinerario formativo tipo de la unidad.....	31
8.8	Presentación en la Comisión de Docencia	31
9	Evaluación.....	31
9.1	Sumativa.....	32
9.1.1	Evaluación anual.....	33
9.1.2	Evaluación final de residencia	33
9.2	Formativa	33
9.3	De las estructuras docentes	34
10	Convenios con otros organismos o unidades docentes	35

1 Introducción

Este documento, realizado sobre el modelo de la Comisión de Docencia del Hospital, pretende, junto con el Documento de Bienvenida del Servicio, proporcionar al Facultativo Especialista en Formación recién llegado la información necesaria para su correcta incorporación al Servicio.

Mucha de la información a la que hace referencia esta guía consta de una forma más extensa y completa en la Guía para la Formación Sanitaria Especializada en el HGUCS del manual de acogida del residente.

2 Marco legal

Dentro de las normas generales y comunes a todos los programas de formación establecidos en virtud de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, se recogen los siguientes requisitos:

- Estar en posesión del título oficial, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, legalmente establecido en función de la Especialidad.
- Haber superado la prueba de oposición a nivel nacional (MIR, FIR, BIR, etc.)

Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el Hospital General Universitario de Castellón y el especialista en formación.

La formación mediante residencia es incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado. Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo.

La duración de la residencia será la fijada en el programa formativo de la especialidad.

Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa de formación, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad.

La actividad profesional de los residentes será planificada por los responsables de los servicios conjuntamente con la comisión de docencia de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario del Hospital.

Otra legislación de interés:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones

de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.

3 Acogida

3.1 Bienvenida

El hospital organiza dos actos de bienvenida a los residentes. El primero es organizado por la Comisión de Docencia y tiene lugar el primer día que se presentan los residentes en el hospital (ver protocolo de bienvenida de los residentes). El segundo acto es organizado por la dirección del hospital y tiene lugar en el salón de actos del hospital de la 3ª Planta dentro de la Comisión de Departamento siendo la presentación oficial al resto del hospital de la nueva promoción de residentes. En este acto se entrega el manual de acogida con información útil para el inicio de su etapa formativa. Algunos años estos dos actos se han celebrado de forma simultánea.

3.2 Presentación

Una de las primeras entrevistas que mantendrá el residente tendrá lugar con la persona que le tutoriza y es responsable de su formación, tanto si se trata de residentes de la propia unidad asistencial como si van a realizar una rotación en la misma.

En las primeras entrevistas el tutor se identifica como tal y comenta el tipo de relación que va a establecerse. Se presenta como la persona que va a acompañar al residente en el proceso de aprendizaje; de forma presencial o de forma referencial, será quien le ayude a encontrar las soluciones de los problemas y coordinará su proceso de aprendizaje.

La primera entrevista es muy importante para iniciar una relación adecuada que facilite la consecución de los objetivos de aprendizaje. En esta entrevista se debe recibir al residente, escuchar lo que pretende, mostrar empatía, preguntar por sus intenciones, negociar los objetivos, informar adecuadamente, integrar la información y motivar para la consecución de los mismos. Toda la entrevista debe ir dirigida a favorecer un clima de entendimiento, comprensión y tolerancia, promoviendo una actitud respetuosa y de apoyo entre tutor y residente.

3.3 Desarrollo

En las primeras entrevistas es esencial incluir las siguientes cuestiones, con diferente grado de desarrollo según se trate de la tutorización de la especialidad o de una rotación.

3.3.1 Qué pretendes ser: la especialidad

- Características de la especialidad, programa específico, lugar que ocupa en las actividades del centro de trabajo, las obligaciones que implica y las posibilidades diferentes de desarrollo profesional que ofrece.
- Señalar las rotaciones obligatorias y las voluntarias para ir conociendo las preferencias del residente en relación a las mismas.

3.3.2 Qué eres: el residente

- Escuchar al residente sobre las razones por las que ha elegido la especialidad, las metas que se ha impuesto, cuáles son las expectativas en el entorno más próximo.
- Comentar las características de la formación especializada en España y las condiciones del contrato de trabajo durante el periodo de formación, con la doble condición de laboral y docente y la responsabilidad profesional con la empresa, señalando el procedimiento de baja laboral, los derechos y obligaciones como trabajador, y la responsabilidad legal en el ejercicio de la profesión.
- Informar de la existencia de los órganos de representación de residentes y las ventajas de implicarse en los mismos.
- Notificar la existencia y la relación con la Jefatura de Estudios, la composición de la Comisión de Docencia y la actividad que desarrollan en ella los diferentes integrantes.
- Informar sobre los descansos tras atención continuada, los días de libre disposición y las vacaciones.

3.3.3 Guía o itinerario formativo de la unidad

Con la llegada a la unidad asistencial del residente, el tutor debe elaborar e informar adecuadamente sobre el itinerario formativo durante la estancia en dicha unidad. La guía o itinerario formativo tipo consta de unos contenidos comunes y otros específicos adaptados a cada residente.

3.4 Acogida a residentes de otra especialidad

En el caso de que se vaya a tutorizar a una persona que se forma en otra especialidad y está adscrita temporalmente a la unidad para realizar una rotación, los pasos sugeridos en la primera toma de contacto son:

- Presentarse como el enlace entre el resto de integrantes de la unidad y el residente.
- Informar sobre la unidad asistencial: las características de la actividad que realiza, tanto asistencial como sesiones clínicas u otras, la hora de llegada y comienzo de las mismas y su organización, la forma de relacionarse con las otras especialidades, el trabajo compartido con enfermería, la actividad del personal administrativo de la unidad y la relación con el mismo.
- Identificar los objetivos docentes, tanto en conocimientos como en habilidades, de la rotación.
- Llegar a un acuerdo sobre la forma de conseguir estos objetivos.
- Clarificar desde el principio la forma de evaluar la rotación.

4 Organización del Servicio

4.1 Estructura

Siguiendo el soporte de información normalizado, su composición es la siguiente:

- Quirófanos: 16. 55-58 sesiones quirúrgicas programadas a la semana.
- Consultas de valoración preanestésica: 3. 10-14 consultas semanales.

- Consulta de Unidad de Dolor Crónico: 2. 4-5 consultas semanales.
- Unidad de Recuperación Postanestésica: 12 boxes.
- Unidad de Reanimación: 5 boxes.
- Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: 10 camas, 20 sillones.
- Gabinetes de anestesia fuera del área quirúrgica (AFQ):
 - Unidad de Técnicas Endoscópicas
 - Radiología intervencionista
 - Electrofisiología cardiaca
 - Hemodinámica

4.1.1 Hospitalización

El Hospital General Universitari de Castelló (HGUCS) dispone de 580 camas hospitalarias. El SARTD no dispone de asignación de camas hospitalarias convencionales. La Unidad de Reanimación tiene instalados cinco boxes de asistencia a pacientes críticos postoperatorios tras cirugía mayor programada o urgente.

La Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) de la 2ª planta (área quirúrgica central) dispone de 12 boxes donde se atiende a los pacientes postoperatorios durante las primeras horas tras el proceso anestésico-quirúrgico.

La URPA de la 3ª planta (área quirúrgica ginecológico-obstétrica) dispone de 2 boxes donde se atiende a las pacientes tras ser atendidas en los quirófanos de Ginecología u Obstetricia.

La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) de la 2ª planta dispone de 10 camas y 20 sillones donde se atiende a los pacientes seleccionados en un circuito asistencial de alta resolución, de forma que tras las primeras pocas horas tras la agresión anestésico-quirúrgica convencional pueden ser remitidos a su domicilio con la misma seguridad que si causaran ingreso.

4.1.2 Quirófanos

1. Planta 2ª, sección A.
 - a. 9 boxes en la sala de recepción de pacientes (pre-anestesia).
 - b. 2 quirófanos para urgencias.
 - c. 11 quirófanos.
 - d. 5 boxes de Reanimación.
 - e. 12 boxes de URPA.
2. Planta 3ª, sección E.
 - a. 2 quirófanos de Ginecología y Obstetricia.
 - b. 5 salas de dilatación.
 - c. 4 paritorios.
3. Anestesia fuera del área quirúrgica (AFQ):
 - a. Anestesia en radiología intervencionista
 - b. Anestesia en para electrofisiología cardiaca.
 - c. Anestesia en la Unidad de Técnicas Endoscópicas (adultos y pediatría)

- d. Anestesia en Hemodinámica
- 4. Consultas externas
 - a. 1ª Planta: 3 consultas externas.
 - b. 3ª planta: 2 consultas de la Unidad de Dolor Crónica + Sala de técnicas.
- 5. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

5 **Ámbito de competencia**

El HGUCS es hospital de referencia provincial. Actualmente forma a más de 200 residentes gracias a 23 unidades docentes acreditadas, muchas de ellas quirúrgicas. Desde 2.003 está acreditado para la docencia en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

El HGUCS tiene asignada la asistencia a una población de 308.151 habitantes (septiembre 2010) como Hospital del Departamento de Castelló (17 zonas básicas de salud; 40 localidades), a lo que se le añaden otros 291.958 por su carácter de Hospital de referencia de los Departamentos de Vinaròs y La Plana, totalizando una cobertura sanitaria directa + indirecta de 600.109 habitantes.

6 **Cartera de servicios**

Los cuidados anestesiológicos de nuestro SARTD se ajustan y satisfacen las necesidades y demandas de nuestros clientes internos y externos y sólo vienen coartados por la siempre limitada disponibilidad de recursos humanos, materiales y estructurales que padecemos. Somos el Servicio con la cartera más completa, más actualizada, más dinámica y compleja y somos referentes para los demás servicios de la provincia y otras áreas de influencia.

La primera unidad de tratamiento del dolor crónico, la primera unidad de tratamiento del dolor agudo postoperatorio, la primera Unidad de Reanimación de toda la provincia, la única estrategia de ahorro de sangre en cirugía programada, etc., etc. son ejemplos reales de nuestra capacidad. Somos impulsores de nuevos servicios y técnicas innovadoras con tecnología sofisticada a un coste razonable y cada vez menos invasiva, que está sirviendo para modificar el quehacer anestesiológico de toda la provincia, al actuar como referente del resto de servicios o unidades.

- 1. Consulta de Preanestesia
 - a. Información del paciente y familiares
 - b. Valoración del riesgo anestésico
 - c. Consentimiento informado
 - d. Preparación preoperatoria
- 2. Área Quirúrgica
 - a. Preparación preoperatoria inmediata
 - b. Anestesia general: Inhalatoria y endovenosa.
 - c. Técnica de inducción inhalatoria
 - d. Técnica de anestesia total intravenosa (TIVA)
 - e. Anestesia epidural
 - f. Anestesia intradural
 - g. Anestesia combinada

- h. Bloqueos nerviosos periféricos
 - i. Técnicas de electroestimulación y ecografía.
 - j. Anestesia retrobulbar
 - k. Ansiolisis, sedación y/o analgesia
 - l. Anestesia local por infiltración
 - m. Vigilancia y monitorización de la anestesia local/tópica
 - n. Técnicas para intubación difícil
 - o. Intubación nasotraqueal
 - p. Intubación selectiva
 - q. Cricostomía y/o traqueotomía
 - r. Dispositivos supraglóticos
3. Área Obstétrica
- a. Preparación para la analgesia del parto
 - b. Anestesia general
 - c. Anestesia-analgesia epidural
 - d. Anestesia-analgesia intradural
 - e. Reanimación materno-infantil
 - f. Ansiolisis y sedación
4. Unidad de Recuperación Post-Anestésica
- a. Vigilancia clínica
 - b. Monitorización cardiológica
 - c. Monitorización hemodinámica invasiva y no-invasiva
 - d. Colocación de vía venosa central
 - e. Cateterización arterial
 - f. Cardioversión
 - g. Monitorización respiratoria
 - h. Intubación traqueal
 - i. Soporte ventilatorio:
 - i. Ventilación mecánica invasiva
 - ii. Ventilación no invasiva
 - iii. Técnicas de retirada rápida de la VM
 - j. Drenaje torácico
 - k. Resucitación cardiopulmonar, RCP básica y avanzada
 - l. Técnicas analgésicas postoperatorias
 - m. Rehabilitación precoz
 - n. Técnicas de recuperación de sangre
 - o. Técnicas de sedación
 - p. Técnicas de analgesia (epidural, iv, bloqueos)
 - q. Control de trastornos metabólicos
 - r. Estabilización preoperatoria del paciente grave
 - s. Optimización preoperatoria en cirugía de riesgo
 - t. Fisioterapia respiratoria
5. Unidad de Reanimación
- a. Técnicas de R.C.P. avanzada
 - b. Cateterización Arterial, Venosa central
 - c. Técnicas de sedación y analgesia
 - d. Monitorización neurológica multimodal
 - e. Monitorización clínica: Escalas clínicas
 - f. Actividad eléctrica cerebral: BIS

- g. Monitorización cardíaca y hemodinámica invasiva
 - h. Técnicas de termodilución transpulmonar y análisis de la onda de pulso.
 - i. Cardioversión
 - j. Control y tratamiento de arritmias
 - k. Soporte hemodinámico farmacológico
 - l. Tratamiento fibrinolítico
 - m. Intubación traqueal
 - n. Fibrobroncoscopia
 - o. Traqueotomía (percutánea, abierta)
 - p. Monitorización respiratoria básica y avanzada
 - q. Soporte ventilatorio
 - i. Convencional
 - ii. Ventilación no invasiva (BIPAP, CPAP)
 - iii. Técnicas de desconexión
 - r. Fisioterapia respiratoria
 - s. Drenaje pleural, pericárdico y peritoneal
 - t. Soporte nutricional parenteral y enteral
 - u. Control trastornos metabólicos
 - v. Asistencia a la disfunción multiorgánica
6. Área de Urgencia
- a. Politraumatizados
 - b. Anestesia de urgencia
 - i. General, locorregional, bloqueos, sedación
 - ii. Reanimación postanestésica
 - c. Transporte de pacientes críticos intrahospitalario
7. Unidad de Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico
- a. Consulta
 - b. Primera visita con historia clínica
 - c. Consulta sucesiva con historia clínica
 - d. Interconsulta por dolor crónico no maligno y oncológico
 - e. Seguimiento pacientes postoperados con sistemas implantables (catéter periférico, catéter epidural)
 - f. Consulta telefónica
 - g. Técnicas de Tratamiento del Dolor
 - i. En Consulta
 - 1. Infiltración intraarticular rodilla anestésico local-corticoide
 - 2. Infiltración intraarticular hombro anestésico local-corticoide
 - 3. Infiltración intraarticular hombro ácido hialurónico
 - 4. Infiltración de partes blandas de cadera
 - 5. Infiltración de cicatriz dolorosa
 - 6. Infiltración de fascia plantar
 - 7. Infiltración colágeno
 - 8. Infiltración intrarticular rodilla ácido hialurónico
 - 9. Parche de capsaicina 8%
 - 10. Bloqueo del nervio de Arnold
 - 11. Bloqueo de nervios periféricos (nervios craneales superficiales)
 - 12. Radiofrecuencia transcutánea de hombro
 - 13. Infiltración puntos gatillo toxina botulínica
 - 14. Infiltración puntos gatillo anestésico local-corticoide

15. Programación de neuroestimulador implantado simple
 16. Programación de neuroestimulador implantado doble canal
 17. Técnica de infusión espinal: relleno y programación bomba por telemetría.
 18. Técnica de infusión espinal: relleno de bomba de flujo fijo
- ii. En Quirófano
1. Bloqueo epidural interlaminar
 2. Bloqueo epidural caudal/epidurolysis/adhesiolysis
 3. Bloqueo transforaminal espinal
 4. Bloqueo tricompartmental del hombro
 5. Bloqueo nervio supraescapular
 6. Bloqueo del nervio intercostal
 7. Bloqueo del nervio pudendo
 8. Bloqueo del nervio femorocutáneo
 9. Bloqueo nervios periféricos
 10. Bloqueo del ganglio estrellado
 11. Bloqueo del ganglio impar
 12. Bloqueo plexo braquial
 13. Bloqueo plexo lumbosacro
 14. Bloqueo de la cadena simpática lumbar
 15. Bloqueo regional intravenoso con reserpina
 16. Infiltración articulación acromio-clavicular y glenohumeral
 17. Infiltración del espacio subacromial
 18. Infiltración facetaria lumbar
 19. Infiltración articulación sacroilíaca
 20. Infiltración intraarticular de cadera
 21. Radiofrecuencia del ganglio de la raíz dorsal
 22. Radiofrecuencia de ramo posterior lumbar
 23. Radiofrecuencia de ramo posterior cervical
 24. Radiofrecuencia simpático lumbar
 25. Radiofrecuencia del ganglio estrellado
 26. Radiofrecuencia del ganglio impar
 27. Radiofrecuencia de la fascia plantar
 28. Radiofrecuencia articulación sacroilíaca
 29. Radiofrecuencia nervio supraescapular
 30. Radiofrecuencia nervio femorocutáneo
 31. Radiofrecuencia de nervio intercostal
 32. Radiofrecuencia de nervio de Arnold
 33. Radiofrecuencia de nervio periférico
 34. Radiofrecuencia de nervio pudendo
 35. Radiofrecuencia mediante electrocatéter vía epidural para neuromodulación del ganglio de la raíz dorsal
 36. Infiltración de toxina botulínica en músculo cuadrado lumbar
 37. Infiltración de toxina botulínica en músculo psoas ilíaco
 38. Infiltración de toxina botulínica en músculo piramidal
 39. Perfusión intravenosa de lidocaína
 40. Perfusión intravenosa de fentolamina
 41. Radiofrecuencia de rama sensitiva (femoral+obturador) de cadera
 42. Radiofrecuencia intraarticular de cadera

43. Radiofrecuencia nervios geniculados de rodilla
 44. Radiofrecuencia térmica del ganglio de Gasser
- iii. Implantes (endoprótesis)
1. Implante neuroestimulador, primer tiempo, un electrodo
 2. Implante o recambio o explante, segundo tiempo, un electrodo
 3. Implante neuroestimulador, primer tiempo, dos electrodos
 4. Implante o recambio o explante, segundo tiempo, dos electrodos
 5. Catéter espinal y reservorio subcutáneo: implante y/o revisión y/o recambio y/o explante.
 6. Catéter espinal y bomba interna: implante y/o revisión y/o recambio y/o explante

6.1 Actividad asistencial urgente: Guardia

La atención continuada del SARTD se lleva a cabo con los facultativos de plantilla y en formación MIR mediante una asignación equitativa. Las incidencias se comunican por escrito en el soporte documental *ad hoc* y se cursan a la Dirección Médica del HGUCS.

En octubre de 2010 se revisaron las cargas de trabajo del equipo de guardia:

- Analgesia epidural para el parto 24 horas al día, 365 días al año.
- 1 quirófano de urgencias obstétricas de referencia provincial ado y muy distante del resto de puestos de trabajo.
- 2 quirófanos de urgencias (de referencia provincial)
- URPA en los turnos de tarde y noche.
- Reanimación en los turnos de tarde y noche.
- Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio en los turnos de tarde y noche.

Desde el día 07 de octubre de 2010, el periodo de atención continuada o “guardia” se configura con tres facultativos de plantilla del SARTD + 1 (mínimo) facultativo especialista en formación.

Tras la guardia, los MIR tienen asignados la revisión y control, supervisados por uno de los facultativos que comienzan la atención continuada, de todos los pacientes atendidos por la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio.

7 Definición del puesto de trabajo

7.1 Facultativo Especialista de Departamento

Los facultativos especialistas del SARTD del HGUCS tienen asignado el carácter de F.E.D. (Facultativo Especialista de Departamento de Salud de Castellón) y ejercerán las siguientes funciones generales:

- Asistencia con puntualidad al puesto de trabajo asignado en el organigrama semanal, establecido por el Coordinador de Área, y el visto bueno de la Jefatura de Servicio.
- Cumplir con el número de jornadas de asistencia continuada de presencia física, localizada u otra modalidad que se le asigne en el organigrama

mensual de guardias, establecido por el Coordinador de Área, y el visto bueno de la Jefatura de Servicio.

- Asunción de la completa responsabilidad de los cuidados anestesiológicos a los pacientes asignados, actuando como responsable del plan diagnóstico / terapéutico de los mismos.
- Manejo, cumplimentación y ordenación de la Historia Clínica, compartida con el personal de Enfermería, con especial referencia a los documentos específicos de la historia clínica anestesiológica.
- Identificar y cumplimentar de las solicitudes de analíticas, exploraciones, prescripciones y otras órdenes médicas, de forma completa, precisa y clara, al objeto de facilitar su cumplimiento.
- Cumplimentar todas y cada una de las recetas específicas de cada uno de los estupefacientes utilizados durante la jornada cuadrando las unidades retiradas con las devueltas y los vales correspondientes de las utilizadas.
- Elaboración de los Informes y todo tipo de tareas administrativas derivados de su actividad asistencial.
- Optimización del gasto en sus diferentes áreas de trabajo
- Respeto estricto de los principios bioéticos en la relación con los pacientes. Presentación y recogida (en tiempo y forma) de los consentimientos (informados) correspondientes
- Información actualizada a los pacientes y familiares sobre su estado y evolución.
- Trato humano correcto y personalizado hacia los pacientes y sus familiares
- Participación activa en las actividades organizativas, docentes e investigadoras del Servicio.
- Asistencia obligatoria a las sesiones clínicas del Servicio.
- Tutela de los MIR asignados, tanto en sus funciones asistenciales como en su formación en función de la asunción progresiva de responsabilidades del facultativo en formación.
- Colaboración en la docencia de pregrado.
- Todo facultativo del SARTD es un representante del mismo, de forma que siempre debe comportarse con la debida cortesía y amabilidad en el trato, vestir decorosamente guardando la uniformidad y siempre debe ir perfectamente identificado con su tarjeta de identificación normalizada y oficial, al igual que todo el personal del Departamento de Salud de Castellón

El reparto de las cargas de trabajo entre los distintos facultativos del servicio se realiza por el jefe de servicio en relación a:

- Su rango jerárquico.
- Tareas de coordinación de área (o tutoría docente).
- Edad.
- Experiencia.

De forma que consideramos estándar la distribución básica de un FED *asistencial* y posteriormente se modifica en función de otras consideraciones.

Para el FED con cargo de tutor se perfila una carga asistencial diferente y menor de la de un FED solo asistencial, ya que esta jefatura potencia y reconoce las cargas formativas (no retribuidas) y por tanto le aplica el concepto de *liberación parcial de la asistencia* que generalmente se concreta en un día libre a la semana para las tareas de tutor (liberación del 20%) y que siempre intentamos mantener en al menos una liberación parcial del 10% (un día cada dos semanas). Todo ello por iniciativa propia, ya que no existe actualmente ningún marco legal que regule el tiempo asignado a docencia.

El concepto de *liberación parcial de la asistencia* también se aplica a otras actividades: *institucionales* no asistenciales como las de representación o participación en las comisiones para la calidad de la asistencia docencia e investigación del hospital, quedando dispensado de asistencia cuando se tiene la correspondiente citación oficial.

De forma paralela, las cargas varían en función del año de residencia, comenzando con una mínima carga asistencial y máxima carga formativa hasta de forma progresiva llegar a invertir por completo la relación e ir acercándose poco a poco al perfil de FED y finalizar la etapa formativa MIR.

Cargo	Actividad		
	ASISTENCIA	DOCENCIA	INVESTIGACION
JEFE ARTD	60%	30%	10%
Jefe SECCION	80%	15%	0%
TUTOR ARTD	65-60%	25%	10-15%
F.E.D ARTD	85%	10%	5%
MIR1° ARTD	5-10%	95%	0-5%
MIR2° ARTD	30-35%	65%	5-10%
MIR3° ARTD	60-55%	35%	10-15%
MIR4° ARTD	70-75%	10%	15-20%

7.2 *Personal colaborador*

7.2.1 *Enfermería quirúrgica*

7.2.1.1 *Responsabilidades durante la cirugía*

- Ayudar al anestesiólogo.
- Provisión del material necesario para el desarrollo de la investigación.
- Ayudar al equipo quirúrgico.
- Vigilancia y cumplimiento de normas de circulación y asepsia.
- No abandonar el quirófano sin ser sustituida por otra enfermera.
- Mantener limpio y ordenado el quirófano.
- Contaje de gasas y compresas con el instrumentista, notificando al equipo cualquier anomalía detectada y efectuando el registro correspondiente.
- Cumplimentación de registros, hojas de gasto de material, etc., que estén reglamentadas.

- Preparación de las muestras del paciente para ser enviadas a los correspondientes laboratorios de análisis, señalizando correctamente los de riesgo de contaminación. (VIH, hepatitis).

7.2.1.2 Responsabilidades en la finalización de la cirugía

- Complimentar “chequeo” (Check list)
- Ayudar al anestesiólogo, siendo prioritario ante cualquier otro acto en el despertar.
- No abandonar el quirófano mientras el enfermo se encuentre en el mismo permaneciendo al lado del mismo.
- Acompañar al paciente junto con el anestesiólogo hasta su nueva zona de ubicación, cuando éste ha sido sometido a anestesia general.
- En el caso de que el paciente haya sido sometido a una anestesia loco-regional, queda bajo la supervisión del facultativo la necesidad de ser o no acompañado por la enfermera.
- Ordenar y colaborar en la recogida y limpieza del quirófano, informando al personal auxiliar y de limpieza sobre los casos sépticos.
- Comprobar la perfecta cumplimentación del impreso “hoja“, solicitando del cirujano los datos clínicos para rellenar el mismo.
- Recoger los datos en el soporte informático.

7.2.2 Enfermería de URPA

Sus responsabilidades son:

- Leer el parte quirúrgico previsto, viendo el tipo de pacientes de que se trata, tipo de anestesia aplicada, etc.
- Comprobar el funcionamiento del aparataje.
- Revisará y reponer materiales junto con la auxiliar.
- Prestar atención y vigilancia a los pacientes mientras están en el área.
- Durante su horario de trabajo, no abandonará la sala sin ser reemplazada por otra enfermera, haya o no pacientes en la unidad.
- Revisión y reposición del carro de paradas.
- Complimentación de los registros establecidos.
- Acompañar al paciente al ser dado de alta si así es indicado por prestación facultativa.

7.2.3 Auxiliar de URPA

Es la responsabilidad del Auxiliar de Enfermería de URPA:

- Colaborar con la enfermera en la atención directa al paciente.
- Dotación y reposición del material.
- Limpieza del mobiliario y material.

- Envío de las muestras que se precisen de los pacientes y recepción de las mismas.
- Realizar las salidas que se precisen fuera del área quirúrgica a indicación de la enfermera o de los facultativos.

7.3 Composición

Jefe de Servicio: Dra. Laura Edo
Tutoras: Dra. Olga Aznar Millán
Dra. M^a Isabel De Miguel
Dra. Rosa Játiva
Jefes de Sección: Dr. Alfonso Bataller
Dra. Laura Edo
Dra. Rocío Ramos
Dr. José Luis Gómez
Coordinadores: Dra. Laura Edo. Unidad de Reanimación
Dra. Mercedes García. Unidad Dolor Crónico
Dra. Rosa Játiva. Área Maternidad - Ginecología
Dra. M^a Carmen Atiénzar. Unidad de Dolor Agudo

Adjuntos: Dra. Cristina Abril
Dra. Claudia Aguilar
Dra. Olga Andreu
Dra. M^a Jesús Arcusa
Dra. Olga Aznar
Dra. M^a Carmen Atiénzar
Dr. Alfonso Bataller
Dr. Xavier Cabedo
Dr. Javier Campos
Dr. Ricardo Carreguí
Dr. Miguel Casañ
Dra. Raquel Coscarón
Dra. M^a Isabel De Miguel
Dra. Laura Edo
Dra. José Miguel España
Dr. Enrique Falcó
Dr. Santiago Fernández
Dra. Ana Fondarella
Dra. Luz Gallén
Dra. Rosario García
Dra. Mercedes García
Dra. María Gellida
Dra. Ana Gimeno
Dr. José Luis Gómez
Dra. Lorena Herrero
Dra. Rosa Játiva

Dra. Laura Jordá
Dra. Lorena Herrero
Dr. Eloy Mansilla
Dr. Juan Manuel Mercado
Dra. Laura Muñoz
Dra. Aránzazu Ordóñez
Dr. Antonio Pardo
Dra. Rocío Ramos
Dr. Daniel Robles
Dra. Lola Ruiz
Dra. Marta Soriano

Residentes: R4: Dr. José Carlos Beltrán
Dr. Javier Novella
Dra. Ana Belén Ramírez
R3: Dra. Gemma Campos
Dr. José Miguel Lloris
Dr. David Pascual
R2: Dr. Mario Jorge Estellés
Dra. María Fernández
Dra. Ada Silvia Solsona
R1: Dra. María Begoña Perolada
Dra. Mercedes Llobell
Dra. Lucía Mora

8 Guía o itinerario formativo de la Unidad Docente

8.1 Competencias

El programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia data del 25 de abril de 1996. Por ello, no identifica competencias de salida de la especialidad, sino una larga serie de objetivos de aprendizaje que se detallan a continuación. Su actualización lleva pendiente varios años.

8.2 Programa del Ministerio

La especialidad surge de la necesidad de proteger al paciente frente a la agresión quirúrgica. Desde las primeras experiencias de Morton con el éter (1846), la especialidad ha ido evolucionando para hacer frente a los nuevos procedimientos quirúrgicos, cada vez más agresivos, haciéndose cargo del tratamiento preoperatorio y postoperatorio del paciente, y del control del dolor de todo tipo.

El contenido actual de la especialidad es amplio y, debido a la capacitación del anestesiólogo para el tratamiento integral del paciente tanto dentro como fuera

del área quirúrgica, es previsible que su campo de actuación se continúe ampliando para abarcar la terapia de todo tipo de pacientes que requieran cuidados críticos.

8.2.1 Definición de la especialidad y campo de acción

La Anestesiología y Reanimación es una especialidad médica que tiene como objetivos el estudio, docencia, investigación y aplicación clínica de:

- Métodos y técnicas para hacer insensible al dolor y proteger al paciente de la agresión antes, durante y después de cualquier intervención quirúrgica y obstétrica, de exploraciones diagnósticas y de traumatismos.
- Mantener las funciones vitales en cualquiera de las condiciones citadas y en los pacientes donantes de órganos.
- Tratar pacientes cuyas funciones vitales estén gravemente comprometidas, manteniendo las medidas terapéuticas hasta que se supere la situación de riesgo vital de dichas funciones.
- Tratamiento del dolor de cualquier etiología, tanto aguda como crónica.
- La reanimación en el lugar del accidente y la evacuación de accidentados o pacientes en situación crítica.

La Anestesiología y Reanimación tiene su campo de acción en el medio intrahospitalario y en el extrahospitalario.

- a) En el intrahospitalario son:
 - i) Consulta preanestésica.
 - ii) Acto anestésico en el quirófano.
 - iii) Unidad de recuperación postanestésica.
 - iv) Reanimación.
 - v) Unidad del dolor.
 - vi) Seguimiento postanestésico de los pacientes.
 - vii) Unidad de Urgencias:
 - (1) Reanimación de pacientes críticos.
 - (2) Manejo urgente del paciente quirúrgico.
 - viii) Sedaciones intrahospitalarias en unidades especiales (intervencionismo médico):
 - (1) Para procedimientos diagnósticos.
 - (2) Para procedimientos terapéuticos.
- b) En el medio extrahospitalario, su campo de acción es en el lugar donde se halle el accidentado o el enfermo en estado crítico, así como en el medio de transporte utilizado para su evacuación.

8.2.2 Objetivos generales de la formación

El objetivo general es formar médicos especialistas capaces de llevar a cabo el tratamiento adecuado de cualquiera de las circunstancias expuestas, o de las que en el futuro puedan incorporarse a ella complementándola y/o ampliándola.

Las áreas de capacitación serán todas aquellas que, dentro de una formación polivalente, permitan en cada medio adquirir los conocimientos precisos para llevar a cabo las obligaciones del contenido de la especialidad.

8.2.3 Contenidos específicos

Para poder obtener acreditación específica para el ejercicio de la especialidad se precisará haber desarrollado el programa de formación, mediante residencia, que a continuación se especifica, en unidades hospitalarias debidamente acreditadas para la docencia.

8.2.3.1 Teóricos

Al final de su formación, el médico especialista deberá tener un adecuado conocimiento de los siguientes aspectos de la especialidad:

- 1) Generalidades
 - a) Historia de la especialidad.
 - b) Deontología médica.
 - c) Aspectos médico-legales de la práctica de la especialidad.
 - d) Control de calidad.
 - e) Estadística y diseño de estudios clínicos y de laboratorio.
 - f) Bases de publicación de documentos científicos.
 - g) Física aplicada a la especialidad.
 - h) Principios básicos
- 2) Mecanismos generales de la Anestesia y Reanimación.
 - a) Manejo hidroelectrolítico.
 - b) Equilibrio ácido-base.
 - c) Hemostasia y hemoterapia.
 - d) Nutrición enteral y parenteral.
 - e) Nutrición del neonato y del lactante.
 - f) Resucitación cardiopulmonar.
 - g) Manejo básico del dolor.
- 3) Fisiopatología
 - a) Respiratoria.
 - b) Cardiovascular.
 - c) Del SNC y del SNP.
 - d) Hepatobiliar y digestiva.
 - e) Del sistema endocrino y metabólico.
 - f) Renal.
 - g) De los órganos hematopoyéticos.
 - h) Del embarazo.
 - i) Del neonato y del lactante.
 - j) Del niño y del crecimiento.
 - k) Del paciente geriátrico.
- 4) Farmacología
 - a) Principios básicos.
 - b) Del sistema nervioso autónomo
 - c) De los opiáceos.
 - d) De los agentes inductores no inhalatorios.
 - e) De los anestésicos inhalatorios.
 - f) De los relajantes musculares.

- g) De los anestésicos locales.
- h) De los analgésicos no opiáceos.
- i) De los antibióticos.
- 5) Preparación de la anestesia
 - a) Evaluación preoperatoria del paciente.
 - b) Premedicación.
 - c) Tratamiento en el quirófano.
 - d) Sistemas anestésicos.
 - e) Monitorización
 - i) Cardiovascular.
 - ii) Respiratoria.
 - iii) Neuromuscular.
- 6) Técnicas anestésicas
 - a) Anestesia general.
 - b) Anestesia loco-regional.
- 7) Anestesia en las distintas especialidades y situaciones fisiopatológicas.
- 8) Reanimación y cuidados de pacientes críticos
 - a) Manejo postoperatorio del paciente quirúrgico.
 - b) Manejo del paciente médico en estado crítico.
- 9) Estudio y tratamiento del dolor
 - a) Definición y taxonomía.
 - b) Bases anatomofisiológicas.
 - c) Evaluación del paciente con dolor.
 - d) Síndromes dolorosos crónicos:
 - e) Métodos y técnicas para el tratamiento del dolor:
 - i) Agudo.
 - ii) Crónico no oncológico.
 - iii) Oncológico.
- 10) Otros
 - a) Diseños de protocolos de investigación.
 - b) Preparación y redacción de trabajos científicos
 - c) Técnicas de informática aplicada.

8.2.3.2 *Prácticos*

La formación tiene como objetivo prioritario la adquisición de experiencia clínica en las tareas propias de esta especialidad.

Por ello, aparte de adquirir experiencia clínica en todas las especialidades quirúrgicas sin excepción, deberá conocer las técnicas que se indican a continuación:

- Reanimación ventilatoria: ventilación boca a boca y boca a nariz.
- Reanimación ventilatoria: liberación de las vías aéreas, técnicas de intubación y traqueotomía. Métodos, vías y técnicas.
- Reanimación cardíaca: masaje cardíaco externo.
- Desfibrilación cardíaca: sincronizada y asincronizada.
- Parada cardiorrespiratoria: metodología general, farmacología y monitorización.

- Abordaje venoso: técnicas de punción y cateterización de venas periféricas y centrales y su monitorización.
- Sistemas de anestesia: caudalímetros, rotámetros, vaporizadores y circuitos principales.
- Sistemas de monitorización y manejo de monitores.
- Respiradores: tipo, puesta en marcha y control.
- Broncoscopia.
- Técnicas de drenaje bronquial.
- Drenaje torácico: técnicas de punción, métodos de aspiración y control.
- Medidas en el transporte intrahospitalario de los pacientes.
- Transporte extrahospitalario.
- Montaje de los sistemas de asistencia ventilatoria.
- Cateterismo de la arteria pulmonar. Estudio hemodinámico y gasométrico.
- Nutrición parenteral y enteral.
- Técnicas para el tratamiento del dolor agudo.
- Técnicas para el tratamiento del dolor crónico.
- Procedimientos ambulatorios en el dolor crónico.
- Capnografía.
- Valoración de la monitorización de la presión intracraneal.

8.2.4 Rotaciones

La formación del Residente se llevará a cabo en las Unidades Docentes debidamente acreditadas.

Durante el primer año de formación, el residente deberá rotar por las Unidades de Cardiología, Neumología, Radiodiagnóstico y Nefrología. La distribución del tiempo de rotación por estas unidades se adecuará a las circunstancias de cada Centro y al aprovechamiento que, presumiblemente, pueda obtener el candidato de las mismas. Durante su rotación en estas unidades estarán integrados en ellas sin distinción con los residentes específicos de las mismas.

Durante el segundo, tercero y cuarto año de residencia:

- 1) Rotación por las distintas especialidades quirúrgicas, que incluyen la práctica de anestesia:
 - a) Cirugía General y Aparato Digestivo.
 - b) Urología.
 - c) Traumatología y Cirugía Ortopédica.
 - d) Cirugía Plástica y Reparadora (Quemados).
 - e) Obstetricia y Ginecología.
 - f) ORL.
 - g) Oftalmología.
 - h) Cirugía Maxilofacial.
 - i) Angiología y Cirugía Vascular.
 - j) Cirugía Cardiovascular.
 - k) Cirugía Torácica.
 - l) Cirugía Pediátrica.
- 2) Rotación en Cirugía Ambulatoria.

- 3) Rotación por Unidad del Dolor.
- 4) Rotación por Reanimación.
- 5) Anestesia fuera del área quirúrgica (AFQ).

Durante este período de formación, cada residente deberá tener un mínimo de cuatro guardias en la especialidad, dentro de la planificación del Servicio.

8.2.4.1 Cronograma

MIR 1	MIR 2	MIR 3	MIR 4
HGC	Anestesia en Cirugía General y Digestiva	Anestesia en Cirugía Pediátrica	Reanimación
Cardiología	Anestesia en Cirugía Urológica	Anestesia en Cirugía Pediátrica	Reanimación
Cardiología	Anestesia en Cirugía Urológica	Anestesia en Cirugía Otorrinolaringológica y Máxilofacial	Reanimación
Medicina preoperatoria	Anestesia en Cirugía Ortopédica y Traumatología	Anestesia en Cirugía Otorrinolaringológica y Máxilofacial	Anestesia Fuera de Quirófano
Nefrología	Anestesia en Cirugía Ortopédica y Traumatología	Anestesia en Cirugía Otorrinolaringológica y Máxilofacial	Anestesia Fuera de Quirófano
Neumología	Anestesia en Cirugía Ortopédica y Traumatología	Anestesia en Neurocirugía	Anestesia locorregional ecoguiada en Hospital Intermutual de Levante
Neumología	Anestesia en Cirugía Ortopédica y Traumatología	Anestesia en Neurocirugía	Dolor crónico
Radiología	Anestesia en Cirugía Vascular	Anestesia en Neurocirugía	Dolor crónico
Anestesia en Ginecología y Obstetricia	Anestesia en Cirugía Vascular	Anestesia en C. Cardíaca	Anestesia en Cirugía Torácico en Instituto Valenciano de Oncología
Anestesia en Ginecología y Obstetricia	Anestesia en Cirugía Vascular	Anestesia en C. Cardíaca	Anestesia en Cirugía Torácico en Instituto Valenciano de Oncología
Anestesia en Cirugía General y Digestiva	Anestesia en Oftalmología	Reanimación CS	Anestesia en Cirugía Torácico en Instituto Valenciano de Oncología
Anestesia en Cirugía General y Digestiva			

Leyenda:

Color Negro	HGU Castellón
Color Azul	HGU Castellón, otro Servicio
Color Verde	CHGUV, convenio docente
Color Rojo	Rotatorio externo

8.2.5 Objetivos específicos por año de residencia

Son difíciles de establecer y debe tenerse en cuenta que la capacidad de aprendizaje varía de unos a otros residentes. A modo de orientación, podríamos señalar:

8.2.5.1 *Cognoscitivos*

Al final del primer año, el médico residente deberá conocer:

- El funcionamiento de los sistemas y equipos para administrar los anestésicos, así como los principios básicos de su funcionamiento.
- Los métodos de monitorización básica del paciente anestesiado.
- Las técnicas básicas de anestesia general.

Durante el segundo año, los objetivos a alcanzar serán los siguientes:

Valoración preoperatoria de los pacientes tanto para operaciones programadas como urgentes.

- Preparación de pacientes para la anestesia, incluyendo la premedicación y administración de líquidos por distintas vías.
- Conocimiento de los principales procesos patológicos, médicos y quirúrgicos y sus implicaciones anestésicas.
- Manejo de la vía aérea.
- Conocimientos de anatomía, fisiología y farmacología, que permitan una elección adecuada de la técnica anestésica.
- Tratamiento de las principales complicaciones intra y postoperatorias.

Durante el tercer año, el médico residente deberá adquirir conocimientos en:

- Los distintos métodos y técnicas anestésicas para aplicar en situaciones fisiopatológicas distintas.
- Las indicaciones, usos, limitaciones y peligros del equipo anestésico, incluyendo la monitorización invasiva.
- El cuidado postoperatorio inmediato de los pacientes, incluyendo la etiología, síntomas, signos, efectos y tratamiento de las complicaciones postoperatorias, así como los problemas específicos referentes a los distintos tipos de cirugía y técnicas anestésicas.

Durante el último año de residencia deberá completarse la formación con el aprendizaje de:

- Tratamiento del dolor agudo postoperatorio y del crónico, tanto oncológico como no oncológico.
- Manejo del enfermo crítico, basado en el conocimiento de la fisiopatología del fallo orgánico. Deberá combinar aspectos tales como ventilación mecánica, balance hidroelectrolítico, sedación y analgesia, procedimientos diagnósticos invasivos y no invasivos, traslado y tratamientos específicos de distintos pacientes traumatizados o en grave riesgo vital.
- Aspectos científicos de la Anestesia y Reanimación. Innovaciones de relieve y adelantos técnicos referidos en la literatura médica. Valoración crítica de

las publicaciones científicas. Diseño de ensayos clínicos e interpretación de datos. Aplicación de ordenadores en la práctica anestésica.-

8.2.5.2 *Habilidades*

Nivel 1. Habilidades que los residentes deben practicar durante la formación y en las que deben alcanzar autonomía completa para su puesta en práctica:

- Reanimación ventilatoria: ventilación boca a boca y boca a nariz.
- Reanimación ventilatoria: liberación de las vías aéreas, técnicas de intubación y traqueotomía. Métodos, vías y técnicas.
- Reanimación cardíaca: masaje cardíaco externo.
- Desfibrilación cardíaca: sincronizada y no sincronizada.
- Parada cardiorrespiratoria: metodología general, farmacología y monitorización.
- Abordaje venoso: técnicas de punción y cateterización de venas periféricas y centrales y su monitorización.
- Punción y cateterismo arterial y monitorización.
- Sistemas de anestesia: caudalímetros, rotámetros, vaporizadores y circuitos principales.
- Sistemas de monitorización y manejo de monitores.
- Respiradores: tipo, puesta en marcha y control.
- Politraumatizado: exploración, diagnóstico y monitorización.
- Drenaje torácico: técnicas de punción, métodos de aspiración y control.
- Montaje de los sistemas de asistencia ventilatoria.
- Nutrición parenteral y enteral.
- Técnicas para el tratamiento del dolor agudo.
- Técnicas para el tratamiento del dolor crónico.
- Valoración de la monitorización de la presión intracraneal.

Nivel 2. Habilidades que el residente debe practicar durante su formación aunque no alcance necesariamente la autonomía para su realización:

- Broncoscopia.
- Técnicas de drenaje bronquial.
- Medidas en el transporte intrahospitalario de los pacientes.
- Transporte extrahospitalario.
- Cateterismo de la arteria pulmonar. Estudio hemodinámico y gasométrico.
- Capnografía.
- Inserción de marcapasos intravenoso.
- Pericardiocentesis.
- Manejo del balón de contrapulsación aórtica.
- Nivel 3. Habilidades que requerirán un período de formación adicional una vez completada la formación general:
- Diseños de protocolos de investigación.
- Preparación y redacción de trabajos científicos.
- Técnicas de informática aplicada.

8.2.5.3 Actividades asistenciales

- Asistencia en el período preoperatorio: comprende el estudio, valoración y premedicación de los pacientes. Se llevará a cabo en la consulta de preanestesia para enfermos en régimen ambulatorio o bien una vez hospitalizado el paciente. Esta labor la puede llevar a cabo el propio residente a partir del segundo año de formación con un nivel de responsabilidad 2.
- Asistencia en el período intraoperatorio: el residente se encargará de la preparación, revisión y puesta a punto de todo el material necesario para aplicar las distintas técnicas anestésicas. A partir del segundo año y hasta el final de su formación, de forma progresiva, el residente llevará a cabo estas técnicas siempre bajo la supervisión del tutor (nivel de responsabilidad 2).
- Asistencia en el período postoperatorio: el residente se encargará del cuidado de los pacientes durante su estancia en las unidades de recuperación postanestésica y de reanimación. Esta labor la desarrollará preferentemente durante el tercer y cuarto año de formación, bajo la supervisión del tutor.
- Clínica del dolor: el residente se encargará de establecer las pautas adecuadas de analgesia en el tratamiento del dolor agudo y crónico. Asimismo, participará en la aplicación de las distintas técnicas y métodos (bloqueos nerviosos, implantación de reservorios, etc.) con un nivel de responsabilidad 2 y 3.

8.2.5.4 Actividades científico-docentes

Con participación activa del residente, las que deben llevarse a cabo en este período son, aproximadamente, las siguientes:

- Sesiones clínicas del Servicio (semanal).
- Sesiones clínicas conjuntas con otros servicios (mensual).
- Sesiones bibliográficas (quincenales).
- Seminarios de discusión de temas, casos, problemas cerrados, etc. (quincenales).

Para completar esta labor debe procurarse que el residente asista a cursos, congresos, etc., fuera de su Centro, preferiblemente con participación activa.

8.2.5.5 Actividades de investigación

Actualmente existen en el Servicio varias líneas de investigación a las que se anima a los residentes a incorporarse:

- Anestesia locoregional para cirugía de mama, coordinada por el Dr. Daniel Robles.
- INVOS en endarterectomía carotídea, coordinado por la Dra. Olga Aznar.
- Protección renal perioperatoria, coordinado por la Dra. Aránzazu Ordóñez.
- Anestesia para cirugía bariátrica, coordinada por la Dra. Ana Gimeno.

8.3 Objetivos de la Unidad Docente

Nuestra Unidad Docente ha ampliado y concretado los objetivos docentes generales y específicos, como consta a continuación.

8.3.1 Generales

- Conocer y cumplir la legislación y normativa vigente relacionada con su actividad asistencial, docente e investigadora.
- Conocer y respetar los derechos y deberes de los pacientes.
- Conseguir capacidad y dominio en la obtención de información a través de la anamnesis, de la realización de una exploración física adecuada, el uso e interpretación de las pruebas complementarias, todo dentro de la metodología diagnóstica, para llegar a un juicio diagnóstico y siempre plasmándolo de forma legible en la historia clínica.
- Familiarizarse con la interpretación de los resultados de las diferentes tecnologías diagnósticas, aprendiendo sus características y también las limitaciones de los datos que suministran. Debe entrenarse para efectuar por si mismo las técnicas más habituales de la práctica clínica diaria, pudiendo además desarrollar con mayor profundidad determinadas técnicas según las características del servicio dónde se forme.
- Adquirir responsabilidad plena en el cuidado del paciente, atendiendo muy especialmente los aspectos referentes a la relación médico – paciente y con conocimiento y pleno respeto a los derechos del paciente recogidos en el ordenamiento jurídico sanitario.
- Llevar a cabo su labor asistencial con la consiguiente formación científica, aprendiendo a utilizar las fuentes de datos científicos (bases de datos bibliográficas, revistas médicas) de forma adecuada, de acuerdo con la filosofía general de la Medicina Basada en la Evidencia.
- También debe adquirir conocimientos de Epidemiología Clínica, con el fin de desarrollarse tanto en áreas asistenciales como docentes y de investigación (adquirir capacidad para el desarrollo de proyectos de investigación clínica). Debe aprender a comunicar su experiencia y desarrollar su propia metodología de trabajo.

8.3.2 Específicos

Por su extensión (41 páginas), los objetivos específicos de nuestra Unidad Docente constan en un documento anexo al presente.

8.4 *Expectativas del residente*

La personalización de la guía o itinerario formativo tipo de la unidad solo puede hacerse si se conocen adecuadamente las expectativas y el bagaje personal y profesional de la persona concreta a la que se dirige el plan.

Es necesario conocer las expectativas de quien se incorpora a la formación especializada: qué espera de la especialidad, qué papel cree que va a desempeñar en el centro de trabajo a medida que avance en los años de residencia, y cuáles son las necesidades especiales que identifica en su formación.

La mejor forma de conocer las expectativas es preguntar sobre ellas. En la primera o primeras entrevistas las preguntas idóneas son las abiertas ya que facilitan la conversación, propician la reflexión y no introducen un tono de “interrogatorio”.

La escucha activa facilita la expresión e identificación de los deseos y de la perspectiva de la persona que habla.

Para conocer las expectativas del o la residente que empieza una especialidad, el tutor o tutora podrá interesarse con preguntas sobre los siguientes aspectos:

El yo profesional:

- ¿Por qué has elegido esta especialidad?
- Háblame de cómo te ves como profesional en este centro de trabajo.
- ¿Qué papel te gustaría más desempeñar dentro de esta especialidad?
- ¿Qué sentimientos y emociones tienes ahora sobre la especialidad?

Los deseos futuros:

- ¿Dónde te gustaría estar al finalizar el periodo de formación?
- ¿Trabajarás para lograr esas metas?
- ¿Cuáles son tus puntos fuertes personales?
- ¿Conoces cuáles son las fuerzas positivas y negativas para lograr tus planes futuros?

El yo social:

- ¿Cómo inviertes tu tiempo libre?
- ¿Qué ganas en tus actividades sociales?
- ¿Crees que usas de una forma activa parte de tu tiempo para intereses distintos del trabajo o bien ese tiempo se limita al que queda después del trabajo?
- ¿Qué es lo que buscas en las relaciones con los amigos?

El yo personal

- Háblame de las personas que más han influenciado tu formación previa.
- ¿Cómo describirías la clase de persona que eres?
- ¿Qué circunstancias o acontecimientos encuentras más estresantes?
- ¿A quién te diriges cuando buscas apoyo?
- ¿A quién ofreces apoyo?

La experiencia educativa:

- ¿Cuál ha sido tu experiencia educativa más gratificante?
- ¿Puedes poner un ejemplo de evento educativo negativo?
- ¿Cuál es tu estilo preferido de aprendizaje?
- ¿Cuáles son tus puntos fuertes y tus limitaciones en el aprendizaje?
- ¿En qué áreas te gustaría aumentar tus habilidades y conocimientos?

Los planes futuros:

- Plantea algunos objetivos de tu desarrollo profesional.
- Identifica las necesidades formativas que se relacionan con esos objetivos.
- ¿Qué obstáculos puedes ver respecto a tu desarrollo profesional?
- ¿Cuál es tu agenda de trabajo futuro?

La atención y el interés del tutor respecto a las respuestas y comentarios a estas preguntas pueden ayudar al residente a reflexionar y formular más claramente sus expectativas. Además, las preguntas sobre el itinerario formativo futuro y las vías para lograr los objetivos formativos ayudan a identificar los obstáculos de la persona y del proceso formativo, razón por la que son claves para la tutorización, los acuerdos sobre los objetivos iniciales y, en las sucesivas tutorías, la evaluación periódica de los resultados obtenidos.

Existen unas expectativas y necesidades formativas que son comunes al conjunto de residentes, varían según la etapa del periodo formativo y se suman a las expectativas, la experiencia previa, las inquietudes y la motivación individuales. Esas necesidades comunes se pueden esquematizar como:

- Necesidades iniciales durante los primeros meses del periodo formativo:
- Conocer el centro, la unidad y su funcionamiento.
- Conocer los equipos de trabajo y la dinámica del grupo.
- Conocer la documentación que se utiliza en el centro: historia clínica, documentos de solicitudes, prescripción electrónica,...
- Iniciar la valoración en las actividades asistenciales con la tutela adecuada (de pacientes, procedimientos/técnicas, etc.).
- Necesidades de avance:
- Tomar parte activa en las tareas asistenciales.
- Aprender técnicas básicas.
- Participar en las actividades investigadoras.
- Necesidades del periodo final:
- Realizar la valoración de actividades asistenciales (de pacientes, procedimientos/técnicas, etc.) evaluando los resultados de forma autónoma.
- Poner en común la actividad asistencial realizada.
- Realizar técnicas de forma autónoma.
- Programar, junto con el tutor o la tutora, las rotaciones externas a la unidad que considera de utilidad para su formación.

Por otra parte se pueden identificar necesidades relacionadas con la adquisición de una serie de competencias que son comunes al conjunto de especialistas en formación.

Las competencias asistenciales del especialista en formación que se podrían establecer de forma genérica son las siguientes:

- Manejo de la incertidumbre.
- Adecuación en la toma de decisiones.
- Destreza en la exploración y obtención de datos.
- Uso eficiente de los recursos disponibles (tiempo, pruebas complementarias, farmacia, etc.).
- Precisión en el diagnóstico clínico-etiológico, técnicas de imagen, laboratorio, etc.
- Elección de la terapéutica apropiada tanto etiológica como paliativa.
- Elaboración de planes adecuados para cuidados complementarios y continuidad de los cuidados.

- Habilidad de comunicación con los y las pacientes.
- Responsabilidad profesional y ética.
- Trabajo en equipo.
- Las competencias en investigación comunes se refieren fundamentalmente al aprendizaje en tres ejes:
 - El diseño y la realización de proyectos de investigación
 - La presentación de resultados de investigación, de forma oral y escrita.
 - La lectura crítica de las publicaciones científicas.

La formación de especialistas incluye el aprendizaje de habilidades para la función docente, tanto mediante la presentación de sesiones, experiencias, etc., como con la participación directa en el aprendizaje de residentes de la misma especialidad u otras.

Por último, es imprescindible el conocimiento de los fundamentos y el compromiso con la confidencialidad y secreto profesional en el ejercicio de la profesión.

8.4.1 El método formativo

Para la enseñanza de competencias clínicas se han diseñado métodos sistematizados basados en reproducir los pasos del aprendizaje de habilidades psicomotoras. Usando estos principios básicos se ha diseñado un método en cinco pasos para la adquisición de competencias clínicas que puede ser utilizado en el aprendizaje de los residentes:

Paso 1. El residente tiene la motivación para aprender una habilidad, comprende porque la habilidad es necesaria y cuáles son las indicaciones para su uso en la actividad asistencial.

Paso 2. El tutor demuestra exactamente la habilidad. Esta demostración da al residente una imagen mental de la sistemática de la habilidad. Esta imagen es importante para quien aprende, puesto que será rememorada cuando practiquen dicha habilidad.

Paso 3. El tutor realiza el procedimiento pero repitiendo cada paso del proceso tantas veces como sea necesario para su comprensión. Esto ayudará a la o el residente a ver de qué manera encaja cada paso en la secuencia general y le dará tiempo para que pregunte o pida clarificación de cada uno de los pasos.

Paso 4. El residente describe como se realiza la habilidad o competencia. Se pregunta a los alumnos que describan paso a paso como se hace, asegurando el tutor que los alumnos comprenden y recuerdan cada paso en la secuencia de desarrollo de la habilidad.

Paso 5. El residente realiza la prueba. Cuando hace su primer intento, el tutor permanece a su lado observando, corrigiendo y dando instrucciones según las necesidades observadas. El proceso continua hasta que se consigue el nivel de competencia que la habilidad requiere para ser realizada de forma autónoma y responsable.

Los métodos formativos son variados y deben adecuarse a los objetivos y contenidos de aprendizaje que pueden incluir conocimientos, habilidades y/o actitudes. La formación de residentes debe ser práctica y basada en la participación

del o la residente en los servicios y actividades asistenciales cotidianas, pero, además, debe utilizar otro conjunto de metodologías formativas complementarias.

Las actividades en la práctica tienen diferente potencial educativo según el papel de los actores principales y se podrían clasificar en la siguiente tabla de forma resumida.

Las actividades mencionadas pueden desarrollarse de forma individual o grupal, en la segunda vertiente incluyen siempre el debate en grupo con las potencialidades que conlleva el aprendizaje entre iguales. Por otra parte, las actividades señaladas con frecuencia se utilizan de forma simultánea en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

8.5 Plan de formación común

Desde la comisión de docencia se ha desarrollado un programa de formación común de obligado cumplimiento durante la duración de la residencia. Cada unidad docente debe organizar su programa para adaptarse a dicho plan y conseguir que se realice con satisfacción (ver plan de formación común del Hospital General de Castelló).

8.6 Libro del residente

En años anteriores, en el momento de elegir la plaza al residente se le hacía entrega de un libro de bolsillo titulado LIBRO EVALUACION DEL ESPECIALISTA EN FORMACION. Este libro, según la normativa legal vigente, se debía ir rellenando a diario durante la residencia y entregar al tutor mensualmente para que lo supervise. Algunos servicios de nuestro hospital, como es nuestro caso, han sustituido este libro, que ya no es entregado en forma física, por una memoria anual de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras del residente; siempre supervisada por el tutor. Esta memoria tiene la estructura y contenido idóneos que cumpla los objetivos y filosofía del Libro.

El libro o memoria del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo. Tiene carácter obligatorio pero no hay que olvidar que también es un derecho del residente que se lo supervise el tutor y el comité de evaluación. En el libro se hace el registro individual de actividades que evidencian el progreso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.

En el libro se deben registrar las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas. Debe servir de instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.

El Libro es un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente. El Libro es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor. Los datos que contenga estarán sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional.

La comisión nacional de cada especialidad debe diseñar la estructura básica del libro y posteriormente será aprobado por el Ministerio de Sanidad. Mientras esto no

se haga en todas las especialidades, se utilizará el libro genérico del que se dispone, o la memoria que lo sustituya siempre visada por el tutor.

8.7 Entrega de la guía o itinerario formativo tipo de la unidad

La guía o itinerario formativo debe ser recogido en un documento escrito con el plan individual de formación y cronograma personal de rotaciones que, junto al manual de acogida de residentes, se entregará a los residentes a su incorporación en la unidad asistencial, quienes deberán documentar de forma ordenada toda la actividad que van desarrollando en el libro del residente que idealmente se elaborará a modo de portafolio formativo. Es imprescindible informar al residente la importancia que tienen las evaluaciones de cada actividad, como se deben de recoger y archivar.

Además de la entrega del plan individual de formación, el tutor informará al residente sobre la atención continuada y guardias a lo largo de la especialidad, aconsejándole sobre la mejor manera de afrontar la problemática de las guardias de urgencias y de especialidad en su caso, sus responsabilidades durante las mismas, la actitud más adecuada, su relación con las personas del equipo de guardia, el calendario de las mismas, el grado de supervisión y los cambios de todo ello a lo largo de los años de residencia, este protocolo se contemplará por escrito en el protocolo de actuación para graduar la supervisión del residente de la unidad.

Por último, ambas partes acordarán de forma conjunta el horario y calendario de las tutorías que deberán constar por escrito y firmadas por ambos. En ellas se especificará lo tratado, las conclusiones y las acciones de mejora si las hubiera.

Toda la información mencionada anteriormente no tendrá cabida en una sola entrevista, sino que serán precisas varias tutorías a programar durante las primeras semanas de la especialidad.

8.8 Presentación en la Comisión de Docencia

La guía o itinerario formativo tipo general a los residentes debe de tener el visto bueno del jefe de la unidad asistencial y ser presentado y aprobado, si procede, por la Comisión de Docencia. El tutor deberá defenderla en reunión ordinaria de la Comisión de Docencia

9 Evaluación

La finalidad de la formación especializada es dotar a los profesionales de la salud de los conocimientos, técnicos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, conduciendo a la asunción progresiva de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma. Las instituciones implicadas en esta formación están obligadas, ética y socialmente, a garantizar la competencia profesional necesaria para lograr la calidad de los servicios sanitarios. Por ello resulta imprescindible evaluar todas las etapas y partes implicadas en la formación de los residentes.

La evaluación es una de las funciones de la tutorización, sirve para comprobar el grado de adquisición de conocimientos y habilidades, la consolidación de

competencias, el cumplimiento de los objetivos del programa y la detección de áreas de mejora. Para alcanzar todo ello es necesario que los tutores:

- Conozcan los criterios que se aplican en las evaluaciones, y su papel en todo el proceso de formación, de forma especial en el caso de evaluaciones negativas.
- Cuiden que las actividades del residente queden anotadas en su libro correspondiente.
- Participen en los comités de evaluación.
- Notifiquen las calificaciones al residente y a la comisión de docencia.
- Supervisen las rotaciones externas y la participación en cursos, congresos y demás reuniones científicas.

El requisito principal para realizar una evaluación adecuada es la definición clara de los objetivos. Esto es muy importante cuando el residente realiza rotaciones fuera de nuestra unidad, donde adquiere una especial relevancia el rol de enlace del tutor o tutora quien debe comprobar que los objetivos esenciales de las rotaciones pueden y deben cumplirse, estableciendo un diálogo con las personas responsables de otras unidades y no una mera transmisión de los citados objetivos.

La evaluación durante la residencia debe ser bidireccional y transmitir información, tanto de logros y déficit, como de sugerencias de mejora. Esto es parte inherente en el proceso de tutorización y aprendizaje por lo que requiere un tiempo suficiente que se constituye en una herramienta de trabajo imprescindible.

Una primera aproximación a la evaluación debería ser diagnóstica, en los inicios del periodo de residencia, para conocer los niveles de formación del residente junto a sus expectativas, necesidades y preferencias.

La evaluación de residentes requiere:

- Un programa oficial de la especialidad con las competencias bien definidas y los estándares que vamos a considerar como aceptables en la práctica.
- Control del desarrollo de los diferentes programas por parte de las estructuras docentes, que garantizarán además la acreditación y reacreditación de los tutores, su formación metodológica, y su dedicación.
- Viabilidad del sistema de evaluación, es necesario que sea adecuado a los recursos y características de cada estructura docente.
- El sistema debe ser conocido y aceptado por parte de los tutores y los especialistas en formación.

9.1 Sumativa

Tiene como objetivo certificar el nivel de la o el residente al finalizar un determinado período de formación (rotación, año, especialidad). Se realiza, por tanto, para medir el nivel de formación alcanzado y acreditar las capacidades adquiridas con el fin de garantizar la competencia profesional.

La evaluación sumativa permite identificar elementos de mejora docente en relación al alumnado, la organización, el proceso formativo, u otros, e introducir cambios en sucesivos procesos de aprendizaje.

Los instrumentos de la evaluación sumativa son, entre otros:

- Exámenes: escritos tipo test, preguntas y respuestas cortas, examen oral tradicional.
- Imágenes clínicas: dermatológicas, radiológicas, electrocardiográficas, etc.
- Revisiones de historias clínicas.
- Análisis curricular: evalúa las actividades formativas valorando los conocimientos adquiridos.
- Evaluación Clínica Objetiva Estructurada.

9.1.1 Evaluación anual

Tiene la finalidad de calificar a los residentes al finalizar cada año del programa formativo. Se llevará a cabo por el correspondiente comité de evaluación 15 días antes de que acabe el año formativo, y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación en los términos previstos en la ley (ver guía de directrices generales).

El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente, y debe contener:

- Informes de la evaluación formativa, incluyendo informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones durante el año de que se trate, y la participación del residente en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con el correspondiente programa.
- Informe de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo.
- Informes que se soliciten a la jefatura de otras unidades asistenciales que participan en la formación.

La evaluación será:

- **Positiva:** se ha alcanzado el nivel exigible para considerar cumplidos los objetivos del programa formativo del año de que se trate.
- **Negativa:** en caso contrario. Pueden contemplarse varios supuestos de evaluaciones anuales negativas (ver guía de directrices generales)

9.1.2 Evaluación final de residencia

Tiene la finalidad de verificar el nivel de competencias adquirido durante todo el período de residencia y calificar a los residentes para que accedan al título de especialistas (ver guía de directrices generales). Actualmente no existe una evaluación final en nuestra especialidad ni en nuestra Unidad Docente.

9.2 Formativa

La evaluación formativa tiene lugar a lo largo de todo el proceso formativo y aporta información sobre el nivel de aprendizaje que se va alcanzando, el método, el ritmo, etc. permitiendo introducir los cambios necesarios y remediar a tiempo las deficiencias encontradas en dicho progreso. Se utiliza para monitorizar el aprendizaje de los objetivos predefinidos y vinculados a competencias concretas, y para dar retroalimentación continua y constructiva al o la residente. Ha de ser más frecuente que la evaluación sumativa.

En la Guía debe constar esta evaluación y cada tutor debe utilizar los instrumentos que considere más apropiados. Estos instrumentos de evaluación formativa son, entre otros:

- Entrevistas estructuradas periódicas entre tutor o tutora y residente, con calendario pactado y para evaluar objetivos concretos, en número no inferior a cuatro por año formativo adaptado a los bloques formativos. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente.
- Libro de residente en forma de portafolio, mediante la colección de pruebas y evidencias de determinadas competencias. Con este método es la persona en formación quien dirige su aprendizaje y evaluación, reflexionando sobre su práctica en el contexto; los documentos o pruebas que obtiene pertenecen a la práctica real del desempeño alcanzado y el déficit.
- Videograbaciones de la práctica clínica: muy útiles para evaluar la relación con pacientes y el desarrollo de las habilidades de comunicación.
- Evaluación mediante lista de comprobación (check list), realizada por el tutor de una estancia formativa concreta (contiene las competencias que el especialista en formación debería haber adquirido en esa rotación concreta).
- Evaluación de 360º grados: la realizan personas que tienen relación directa con el o la residente (superiores, colegas, pacientes y sus familiares).
- Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOPE): es una prueba que evalúa las competencias profesionales a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas reales. Su potencia radica en la mezcla de métodos de evaluación que permiten explorar tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo.
- Simuladores, maniquís, o pacientes simulados: estos métodos se pueden usar de forma aislada o incorporados a una ECOPE.
- Exámenes: escritos tipo test, preguntas y respuestas cortas, examen oral tradicional.
- Imágenes clínicas: dermatológicas, radiológicas, electrocardiográficas, etc.
- Revisiones de historias clínicas.
- Análisis curricular: evalúa las actividades formativas valorando los conocimientos adquiridos.

La mayoría de instrumentos para evaluar sirven con fines sumativos y formativos, según las circunstancias y la finalidad de la evaluación.

9.3 De las estructuras docentes

Las unidades asistenciales acreditadas para la formación de especialistas en ciencias de la salud se someterán a medidas de control de calidad y evaluación para determinar el aprendizaje alcanzado y explicar, en su caso, el déficit en el mismo. Es necesario evaluar la estructura docente y el tutor.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordina la acreditación y evaluación de las unidades docentes y podrá recabar la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas. La evaluación negativa de la actividad

docente de un centro o unidad implicará la revisión de su acreditación y, en su caso, la revocación total o parcial de la docencia.

Los residentes participaran evaluando anualmente, mediante una encuesta anónima, la estructura, el funcionamiento y la adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad, así como el funcionamiento docente de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que rotan durante su estancia formativa. Los residentes de primer año evaluarán diversos aspectos de la bienvenida y recibimiento.

Los resultados de la encuesta son analizados por la Comisión de docencia y de sus conclusiones surgen puntos de mejora y acciones a realizar.

También se evaluará la efectividad de las funciones de tutoría y supervisión de su tutor, el desarrollo de actividades de formación (sesiones clínicas, seminarios, revisiones bibliográficas...). Dicha evaluación también se debe realizar de forma continua ya que el residente puede en cualquier momento comunicar cualquier queja o sugerencia a los miembros de la Comisión de Docencia, o incluso de forma anónima a través del buzón de sugerencias situado junto al tablón de anuncios de docencia de la 3ª planta.

10 Convenios con otros organismos o unidades docentes

Actualmente están en vigor dos convenios de colaboración docente con el Consorcio Hospitalario del Hospital General de Valencia, para anestesia en Cirugía Cardíaca y Atención al Paciente Crítico, para optimizar la formación en estas subespecialidades.

La formación en anestesia para Cirugía Pediátrica y Cirugía Torácica se complementa con rotatorios externos en el Hospital Universitario y Politécnico de La Fe y el Instituto Valenciano de Oncología, respectivamente; así como la anestesia locorregional bajo guía ecográfica, en el Hospital Intermutual de Levante.