ITINERARIO FORMATIVO TIPO DE LA UNIDAD DE UROLOGÍA

Sobre el Tutor Coordinador de Urología

Durante el periodo de residencia en Urología los Residentes están asignados a un Tutor, que planifica y supervisa la docencia. Recabará información sobre el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y aptitudes de los distintos docentes que estén al cargo de los Residentes a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad. Al Tutor se debe recurrir ante cualquier queja o incidencia que afecte al proceso formativo.

Las principales funciones del Tutor son las de planificar, gestionar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo cuando proceda medidas de mejora al Servicio acreditado para la misma y favoreciendo por otra parte el autoaprendizaje y la responsabilidad creciente del Residente. Sin embargo se ha de tener presente que la formación teórico-práctica del Residente deberá ser entendida esencialmente como un proceso de autoformación dirigida dado que lo que un Residente aprende durante su periodo formativo depende en gran medida de él mismo.

1. Objetivos generales que tiene que adquirir el residente al final de su formación:

El Residente de Urología tiene que adquirir al final de su formación tanto en lo asistencial como en lo docente e investigador y tanto en conocimientos como en habilidades y actitudes, la formación necesaria para desarrollar las competencias propias de la Especialidad de Urología recogidas en la Memoria Docente de Urología, que le es entregada por el Tutor Coordinador cuando comienza la residencia, donde se especifican:

- Formación asistencial:
- Formación docente:
- Formación investigadora:
- Actividades complementarias: (relaciones institucionales, profesionales, gestión clínica, mejora de la calidad...)

2. Plan de rotaciones

En el servicio de Urología solo hay una plaza asignada por año para formación de Residentes. Es recomendable que el Residente revise el programa de la especialidad.
(http://www.msps.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm)

2.1. PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Durante el primer año, la Guía de Formación obliga a una rotación de 6 meses por Cirugía General. En ese periodo la responsabilidad docente, tanto en el aspecto teórico como en el práctico, recae íntegramente en el tutor y personal docente de ese Servicio. En esos meses el Residente se inicia en las técnicas quirúrgicas básicas. Esos meses la única relación del residente con la especialidad Urológica se establece a nivel de las guardias hospitalarias de

presencia física. Desde el punto de vista **teórico**, y si no interfiere con el programa de formación que le marca el tutor de Cirugía General, es aconsejable que asista a los Seminarios y Sesiones Clínicas, Bibliográficas y Monográficas de Urología. Se le informa sobre el uso de los manuales de Urología básicos, y si no sabe, se recomienda aprender inglés, así como el matricularse en los cursos de Doctorado para iniciar el proyecto de Tesis Doctoral.

2.2. SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Aprenderá progresivamente a dominar la exploración Urológica básica y realizará la Cirugía Menor de la Especialidad (fimosis, hidroceles, quistes de cordón, varicoceles, vasectomías, etc.).

Comenzará su adiestramiento en:

-Técnicas endoscópicas (uretroscopia, cistoscopia, ureterorrenoscopia, cateterismo ureteral).

-Cirugía endoscópica, con la resección asistida de pequeñas tumoraciones vesicales, práctica de biopsias y extracción de cuerpos extraños.

-Rotará por la Unidad de Urodinámica.

-Rotará por la Unidad de Andrología.

-Llevará a las sesiones clínicas casos clínicos.

-Presentará sesiones bibliográficas o monográficas indicadas por el Tutor.

-Si en algún área de este aprendizaje una Rotación Externa es necesaria, se recomienda realizarla.

2.3. TERCER AÑO DE RESIDENCIA

A diferencia del segundo año, a partir de este tercer año de residencia la formación ha de ser fundamentalmente quirúrgica.

-Rotará por la Unidad de Laparoscopia, Oncología Urológica, Endourología-Litiasis, Suelo Pelviano y Trasplante renal.

-Comenzará a practicar la cirugía abierta de la próstata y vejiga (adenomectomías, cistectomías).

-Dominará las técnicas endoscópicas (resección prostática, vesical, uretrotomías internas).

-Ayudará en las intervenciones de la gran cirugía oncológica de la especialidad.

-Participará activamente en la cirugía del trasplante renal.

-En este año rotará durante dos meses por el Servicio de Cirugía Vascular.

-Si en algún área de este aprendizaje una Rotación Externa es necesaria, se recomienda realizarla.

2.4. CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

Es un año que sigue siendo fundamentalmente de **entrenamiento quirúrgico**. -Se le adiestrará en la cirugía de la hidronefrosis, la cirugía reconstructiva de los genitales externos, la corrección quirúrgica de la criptorquidia.

-Participará activamente en Urología Laparoscópica, litotricia endoscópica, cirugía percutánea renal.

-Dominará la resección transuretral.

-Si en algún área de este aprendizaje una Rotación Externa es necesaria, se recomienda realizarla.

2.5. QUINTO AÑO DE RESIDENCIA

Este año estará casi enteramente dedicado a su capacitación en la cirugía oncológica, técnicas de derivación interna y externa de la orina, dominio de la técnica del trasplante renal.

Ha de tener un definitivo afianzamiento en técnicas laparoscópicas y endourológicas. La labor asistencial durante este curso se aproximará al máximo posible a la de un adjunto de la especialidad.

-Si en algún área de este aprendizaje una Rotación Externa es necesaria, se recomienda realizarla.

3. CRONOGRAMA DE LAS ROTACIONES

Cada Residente es asignado a una sección o grupo de modo itinerante. Dentro del dicho grupo en función del año de residencia participará de forma preferente en las diversas unidades asistenciales de dicho grupo según se expone en el listado y en la tabla que exponemos a continuación.

RESIDENTE 1

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DE APARATO DIGESTIVO: 6 MESES
SERVICIO DE NEFROLOGIA: 2 MESES
SERVICIO DE URGENCIAS: 1 MES
UROLOGIA GENERAL: 2 MESES
(Vacaciones 1 mes)

RESIDENTE 2

UROLOGIA GENERAL: 9 MESES
UNIDAD DE ANDROLOGIA: 2 MESES
(Vacaciones 1 mes)

RESIDENTE 3

CIRUGIA VASCULAR: 2 MESES
UROLOGIA GENERAL: 1 MES
UNIDAD DE LAPAROSCOPIA – ONCOLOGIA UROLOGICA: 5 MESES
UNIDAD DE SUELO PELVIANO: 1 MES
UNIDAD DE ENDOUROLOGIA-LITIASIS: 2 MESES

(Vacaciones 1 mes)

RESIDENTE 4
UNIDAD DE ONCOLOGIA UROLOGICA: 3 MESES
UNIDAD DE LAPAROSCOPIA: 3 MESES
UNIDAD DE SUELO PELVICO: 2 MESES
UNIDAD DE ENDOUROLOGIA Y LITIASIS: 3 MESES
(Vacaciones 1 mes)

RESIDENTE 5
UNIDAD DE TRASPLANTE: 3 MESES
ROTACION OPCIONAL: 3 MESES
UNIDAD DE ENDOUROLOGIA: 3 MESES
UNIDAD DE LAPAROSCOPIA: 3 MESES
(Vacaciones 1 mes)

	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE4
R 1	CIRUGIA GRAL	CIRUGIA GRAL	NEFRO+ URGENCIAS	UROLG. GRAL
R 2	UROL. GRAL	UROL. GRAL	UROL. GRAL)	ANDROLOGIA
R 3	ANDROLOGIA	CIRUGIA VASCULAR	LAPAROSCOPIA	ONCOLOGIA ENDOUROLOGI A-LITIASIS
R 4	ENDOUROLOGI A	LAPAROSCOPI A	SUELO PELVICO	ONCOLOGIA
R 5	LAPAROSCOPI A	ROT. OPCIONAL	ENDOUROLOGI A	TRASPLANTE

4.GUARDIAS

El Residente de Urología realiza guardias de presencia física durante los cinco años de la residencia en el Hospital. En cumplimiento de una exigencia de la Comisión de Docencia para todos los Residentes de primer año se realizan también un mínimo de guardias supervisadas en el área de Urgencias. Así pues, durante el primer año de residente combinará tres guardias de presencia física de Urología con un número similar de guardias de Urgencia. A partir del segundo año y hasta el quinto año de residencia las guardias serán unas cinco al mes debiéndose seguir un orden lo más riguroso posible que permita al residente rotar con todos los adjuntos acompañantes un número equiparable de veces por trimestre.

5.ACTIVIDAD ASISTENCIAL

5.1.CONSULTA EXTERNA

La importancia que tiene la consulta externa hospitalaria en la actividad asistencial de una especialidad es un hecho no cuestionado. Su objetivo básico es el diagnóstico y tratamiento de los pacientes enviados por lo médicos de atención primaria o aquellos pacientes con problemas clínicos especiales derivados de otras Áreas de Salud o de otros servicios asistenciales del hospital.

5.2.ORGANIZACION DE LA CONSULTA EXTERNA

5.2.1.Todos los médicos en activo que no desarrollen un día determinado actividades quirúrgicas u otro tipo de actividad asistencial, dedicarán la mayoría de su tiempo laboral disponible a atender la consulta externa del Servicio con criterios de máxima eficiencia.

5.2.2. Los pacientes vistos en primera consulta deberán ser repartidos de modo proporcional entre los médicos del servicio previa redistribución de las areas asignadas actualmente a cada uno de los especialistas de ambos hospitales, salvo que un paciente manifieste explícitamente su deseo de ser atendido por un facultativo determinado y que está previsto en el marco de derechos del usuario del nuevo modelo sanitario.

5.2.3.La atención de los pacientes de **primera consulta y de revisiones** se realizará entre las 9.30 y 13.00 de todos los días hábiles con el propósito de lograr un mejor aprovechamiento de los servicios centrales, correspondiendo al Servicio Central de Citaciones la asignación de la fecha y hora de la consulta por facultativo.

5.2.4.A partir de la primera consulta, cada médico deberá llevar un control personal de las futuras revisiones o exploraciones que requiera el paciente según su criterio o según las normas dictadas por los protocolos vigentes, la cual debe poner en conocimiento del Servicio Central de Citaciones mediante el formulario correspondiente. De ellas se excluyen las citaciones que se puedan hacer a título personal para atender un determinado problema, correspondiéndole al especialista que la origina la atención del paciente en la fecha y hora con él concertadas.

5.2.5. Todos los pacientes atendidos en consulta externa que necesiten ser sometidos a una exploración invasiva o mínimamente invasiva, serán debidamente informados por escrito de la naturaleza de la exploración, su procedimiento, posibles complicaciones y las medidas a adoptar en el caso que estas se presentan. Se incluyen dentro de esta categoría los siguientes procedimientos, para los cuales existen los correspondientes formularios de consentimiento informado aprobado por la Comisión de Etica del Hospital:

- Cistoscopias
- Estudios Urodinámicos
- Instilaciones endovesicales de fármacos
- Biopsias de Próstata ecodirigidas
- Inyección intracavernosa de drogas vasoactivas
- Derivaciones urinarias percutáneas
- Cateterismos retógrados

5.2.6. Están establecidos protocolos para definir los criterios de inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica, con carácter normal o preferente, de las siguientes patologías:

• Hiperplasia benigna de Próstata
• Litiasis
• Enfermedades benignas del escroto y su contenido

5.2.7.Los pacientes diagnosticados de procesos tumorales malignos serán incluidos en la lista de espera quirúrgica para fines administrativos con el carácter de muy preferente y con solicitud de estudio preanestésico, debiendo ser programados para intervención con el criterio de máxima prioridad respecto a los pacientes incluidos en dicha lista por otras patologías.

5.2.8.En todos los casos, la inclusión en la lista de espera quirúrgica sólo se hará después de explicar al paciente el procedimiento a realizar y sus posibles complicaciones y que haya firmado el correspondiente consentimiento informado por duplicado, uno de las cuales deberá quedar en su poder.

5.2.9.Los residentes de 2º a 5º año participaran activamente en el control y seguimiento de estos pacientes, junto con los docentes a los que se hallen asignados en cada periodo de rotación.

5.3.AREA DE HOSPITALIZACION

Representa una área básica del hospital a lo largo de su historia. Debido a los altos costos generados por este tipo de asistencia, en la actualidad la hospitalización se restringe a las situaciones en que exista un deterioro grave de la condición clínica del enfermo o en los casos que requieran actuaciones diagnósticas o terapéuticas agresivas, en las que son necesarios cuidados especiales de enfermería y atención médica frecuente.

La potenciación de las consultas externas hospitalarias y la implantación de la consulta pre-anestésica ha supuesto una reducción drástica del concepto de *ingreso para estudio*, lo cual ha contribuido en gran medida a una notable mejoría de los índices de calidad asistenciales obtenidos en esta área.

2.

5.4.ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

La implantación del modelo de asistencia personalizada en toda su amplitud ha supuesto, como es lógico, una necesaria modificación de los esquemas de asistencia en esta área, la cual previamente estaba a cargo de 2 miembros del equipo médico ayudados por 2 residentes por periodos de rotación de 3 meses.

Estas modificaciones representan el nexo de unión de la asistencia personalizada prestada al paciente en la consulta externa con otra de las tareas básicas programadas a realizar por el médico dentro de su actividad asistencial global, las cuales se resume en las siguientes actuaciones protocolizadas:

El control diario del paciente durante la fase de internamiento así como la información a los familiares sobre la evolución del proceso clínico y el ulterior seguimiento en régimen ambulatorio corre a cargo del médico responsable del enfermo, salvo que por motivos de fuerza mayor delegue en un miembro de su equipo o en otro médico de la plantilla.

Al mismo tiempo, será responsable de cumplimentar el informe del alta hospitalaria ateniéndose a la legislación vigente en ese sentido, la cual deberá entregar al paciente o sus familiares en el mismo día que se produzca el alta. Solo en situaciones excepcionales se proporcionará al paciente una hoja de alta provisional donde se especifique el diagnóstico, tipo de tratamiento recibido y la conducta terapéutica a seguir, dándole indicaciones precisas para que dicho informe sea presentado a su médico de cabecera. En este apartado, señalar la inexistencia en la actualidad a nivel del Hospital de un modelo centralizado de alta hospitalaria que se ajusten a las especificaciones del BOE.
A partir del momento del alta hospitalaria, el médico responsable determinará, en caso de ser necesario, la frecuencia de las revisiones a realizar en consulta externa o, en su defecto, transferirá el control del paciente al médico de cabecera o al correspondiente centro de salud, para lo cual especificará en la hoja de informe de alta o de consulta externa de un modo detallado y preciso la naturaleza de tales controles.
El médico residente participará, debidamente tutorizado, en el seguimiento y control de las camas asignadas a su grupo, siendo encargado también de la confección del informe de alta hospitalaria siempre supervisada y sancionada por un médico especialista de la unidad asistencial.

3.

5.5.ACTIVIDAD QUIRURGICA

La actividad quirúrgica representa el aspecto más importante del conjunto de la actividad de un hospital y está dotada de una importancia estratégica innegable, en cuanto se encuentra íntimamente ligada a uno de los indicadores más valorados y más manipulables en la actualidad para medir el grado de eficacia de un centro hospitalario, como es la Lista de Espera Quirúrgica

EQUIPOS QUIRURGICOS

La actividad quirúrgica está actualmente organizada en varios grupos en los que intervienen uno, dos o más facultativos, uno de los cuales actúa como coordinador y responsable del mismo. En la formación de estos grupos se ha tenido en cuenta el tipo de actividad preferente que realizan a nivel de cirugía general urológica y el grado de sub-especialización.
En cada grupo participarán los residentes en ese periodo asignados al mismo, con responsabilidades proporcional a su año de especialización.

5.6.ACTIVIDAD DOCENTE

5.6.1.PROGRAMA INTENSIVO DE FORMACION DE RESIDENTES

Tras la incorporación de los R1 al Servicio, se programa en Junio un curso intensivo de Urgencias dirigido a los residentes que acaban de incorporarse. Este curso se desarrolla por las tardes, con dos sesiones diarias durante 1 ó 2 semanas, en las que se abordan tanto aspectos prácticos como la organización de la clínica (ingresos, pruebas analíticas, radiológicas etc.), como un repaso de los aspectos clave (diagnóstico, seguimiento y tratamiento) de las enfermedades que con más frecuencia ingresan en urgencias.

Se os informará de las fechas concretas en la 1ª-2ª semana de junio.

5.6.2.SESIONES

La sesión general del servicio tiene lugar todos los jueves a las 8:30. Se exponen casos clínicos de los distintos grupos. Su asistencia es obligatoria para todos los Residentes.
Existe una sesión de Uro-Oncología que se desarrolla todos los miércoles a las 08.30 horas.
Existen sesiones temáticas de la especialidad que serán presentadas mayoritariamente por médicos residentes. Se procurará que tengas periodicidad mensual.
Así mismo se procurará realizar una sesión bibliográfica trimestral.

Es conveniente que el Residente asista a sesiones generales del Hospital, en todos aquellos casos que lo permita su labor asistencial. Tienen lugar los miércoles a las 08:30 (hasta las 9:00), sitos en la planta baja (pasillo de dirección). Son obligatorias para los R1.

6.3.CONGRESOS, JORNADAS Y CURSOS

Los R2 a R5 asistirán a diferentes cursos monográficos potenciando principalmente los que estén dirigidos a Residentes y que gocen de acreditación oficial, y permitan obtener créditos formativos.
Desde la Comisión de Docencia se organizan cursos para los residentes, muchos de ellos de asistencia obligatoria, dirigidos a su formación básica y transversal, por lo que deben estar atentos y matricularse en los periodos establecidos a tal efecto.
Durante la residencia se facilitará la asistencia a Jornadas y Congresos, en función del año de residencia y la participación en los mismos mediante comunicaciones.

7.ACTIVIDAD INVESTIGADORA

El Servicio de Urología considera de gran importancia para la adecuada formación como especialista la participación de sus residentes MIR en trabajos y proyectos de investigación clínica.
Se incentivará y facilitará que los residentes presenten comunicaciones a congresos regionales, nacionales e internacionales, que debieran conducir a su posterior publicación.
Es particularmente aconsejable colaborar en los distintos trabajos que desarrollen las unidades asistenciales así como participar activamente bajo la dirección de los miembros del servicio en la confección y elaboración de comunicaciones a la Reunión Anual de la Asociación Castellanoleonesa de Urología. Ello supondrá para el residente un buen punto de partida para optar más tarde a presentar trabajos de investigación en congresos de mayor ámbito territorial.
Aunque la densidad del periodo de formación MIR hace difícil la realización de una tesis doctoral, se facilitará, a aquellos residentes que lo deseen y se estime idóneo por sus características, iniciar la tesis doctoral durante su periodo de formación.

8.EVALUACIÓN MIR

8.1.EVALUACION DEL SERVICIO POR PARTE DEL RESIDENTE

No sólo los residentes, sino también los Servicios son evaluados para garantizar que se dan las condiciones necesarias para la formación. Desde la Comisión de Docencia recibiréis periódicamente unas hojas de evaluación que tendréis que devolver correctamente rellenadas.

8.2 EVALUACIÓN CONTINUADA DEL RESIDENTE

Por cada rotación, se realizará una evaluación continuada del residente, en la que se valorarán aspectos sobre:

Conocimientos y Habilidades
Nivel de conocimientos teóricos adquiridos
Nivel de habilidades adquiridas
Habilidades en el enfoque diagnóstico
Capacidad para tomar decisiones
Utilización racional de recursos
Actitudes
Motivación
Dedicación
Iniciativa
Puntualidad
Nivel de responsabilidad
Relaciones paciente-familia
Relaciones equipo de trabajo

A cada uno de estos ítems se les asignará una puntuación, que está oficialmente establecida de la siguiente forma:

0: No apto. No cumple el criterio evaluado ni siquiera mínimamente, precisando a juicio del evaluador la repetición del rotatorio (muy por debajo de la media de los residentes del servicio)

1: Suficiente. Cumple el criterio evaluado. Nivel medio del servicio.

2: Destacado. Cumple el criterio evaluado de forma clara. Superior al nivel medio.

3: Excelente. Sobrepasa con creces los mínimos establecidos y destaca de forma excepcional sobre el resto de sus compañeros. Muy superior al nivel medio.

8.3.ENTREVISTA ESTRUCTURADA TUTOR-RESIDENTE

La Entrevista Estructurada tutor-residente forma parte de la evaluación formativa del residente, pero también tiene como objetivo realizar el seguimiento del proceso de aprendizaje e identificar áreas y competencias susceptibles de mejora, definiendo estrategias específicas para conseguir este objetivo. Así, favorece la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. En la entrevista estructurada tutor - residente se revisan los siguientes puntos: Conocimientos, Habilidades adquiridas, autoaprendizaje,

docencia y manejo de la información, Habilidades de comunicación, Análisis crítico e investigación, Salud pública y gestión de recursos, Valores profesionales, actitudes y bioética y Trabajo en equipo.
Se realizarán cuatro entrevistas al año, es decir una al trimestre. Deben registrarse en el Libro o Memoria del residente, e idealmente se realizarán a mitad del periodo de rotación.

8.4 MEMORIA ANUAL

Dado que aún no se ha elaborado por parte de la Comisión Nacional de la especialidad el Libro del Residente de Urología, el instrumento que empleamos en su defecto es la Memoria Anual del residente.
La elaboración de la Memoria Anual es de obligado cumplimiento para todos los residentes, y es también un instrumento para la evaluación. En ella se recogen todas las actividades realizadas durante el año, y su cumplimiento a la largo del año debe servir también como un instrumento autoevaluador del residente. Es recomendable que el residente revise el programa de la especialidad (http://www.msps.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm) al inicio de cada rotación, para tener presente cuales son los objetivos que debe alcanzar, y poder plasmarlos en la Memoria Anual. Asimismo, es recomendable una segunda revisión hacia la mitad del periodo de rotación, para, con su tutor, intentar resolver posibles deficiencias en la consecución de objetivos.
La Memoria Anual debe recoger los siguientes apartados: Datos Personales, Actividad Asistencial, Actividad Docente, Actividad Investigadora, Otras actividades, y Observaciones. En la descripción de la actividad asistencial, es recomendable incluir el Grado de Responsabilidad (1: totalmente tutelado; 2: parcialmente tutelado; 3: independiente). Se añadirá en cada apartado la documentación adicional correspondiente (informes de rotaciones, certificados, copias de abstracts, publicaciones,...). Las memorias deben ser entregadas al tutor en fecha fija, que las presentará en la Comisión de Docencia, y se incorporará al expediente individualizado de cada Residente. Existe un modelo que se os distribuirá en formato electrónico.

8.5.PROGRAMA FESP

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León está desarrollando un programa informático aplicado a la formación especializada (FESP), que facilitará en gran medida el seguimiento del cumplimiento del programa formativo y los sistemas de evaluación. Esperamos que a lo largo del año 2011 esté operativo, al menos parcialmente.

9.ROTACIONES VOLUNTARIAS/OPTATIVAS FUERA DEL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Aparte de las rotaciones por los diversos servicios del Hospital incluidas en el programa formativo consideramos aconsejable optar durante los años de Residencia por rotaciones voluntarias fuera del ámbito de nuestro Hospital. En éste sentido, y teniendo en cuenta la mejora en Áreas de superespecialización

de la Urología se efectuarán rotaciones en Hospitales de reconocido prestigio y superespecialización, españoles o extranjeros.

ELABORADO	APROBADO
Fecha: 25-1-2016	Fecha: 27/1/16
TUTOR COORDINADOR / JEFE DE UNIDAD DOCENTE	COMISIÓN DE DOCENCIA

MARIA FERNANDA LORENZO GÓMEZ

REGISTRO DE REVISIONES		
FECHA DE REVISIÓN (mm/aaaa)	ACTUALIZADO POR:	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)