

La necesidad de evaluar la actividad de los médicos internos residentes en los Servicios de Urgencias

**Dr. Guillén Astete, CA.¹,
Dr. Corres Gonzales, J.¹,
Dra. de la Casa Resino, C.²,
Dra. Gallego Rodriguez, P.²**

- 1 F.E.A. Reumatología. Tutor de Residentes. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.
- 2 F.E.A. Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de Residentes. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

Correspondencia: Carlos Guillén A.

✉ cguillen.hrc@salud.madrid.org

Fecha de recepción: Feb 02, 2015, **Fecha de aceptación:** Feb 03, 2015,
Fecha de publicación: Feb 13, 2015

Editorial

Los servicios de urgencias hospitalarios (SU) en España son la puerta de entrada de la mayor proporción de pacientes que finalmente son hospitalizados diariamente y de los servicios hospitalarios con mayor demanda asistencial por unidad facultativa (1–3). Tienen además otras muchas particularidades que los distinguen del resto de servicios hospitalarios: su carga asistencial es permanente a lo largo del día, aunque con diferentes patrones de afluencia horaria y estacional; el trabajo depende de la asistencia simultánea de otros servicios médicos, quirúrgicos y centrales; y no está cerrado a un perfil de médico especialista en particular sino que en el pueden desarrollar su actividad laboral médicos generales o de distintas áreas médicas (3,4).

A todas estas características peculiares se suma el hecho de que los SU también están llamados a cumplir con una labor formativa de los futuros especialistas. En España, este gremio en formación está formado por Médicos Internos Residentes (MIRs) quienes a través de un proceso nacional de selectividad han accedido a un plan formativo en una especialidad en particular que se desarrolla a lo largo de 4 a 5 años. En una buena parte de los programas formativos de las distintas especialidades, la asistencia (rotación o desenvolvimiento asistencial) en un SU es un requisito para obtener el correspondiente título de especialista, mientras que en otros dicha necesidad se presenta de forma más ambigua. Al margen de ello, los distintos dispositivos docentes hospitalarios regulan localmente qué MIRs y por cuánto tiempo deben realizar actividades asistenciales en los SU.

No existe en España, la especialidad de medicina de urgencias y emergencias reconocida como tal y probablemente ello sea

una de las consideraciones más relevantes a la hora de valorar la relación entre los MIRs y los SU. En el pasado se ha dado por cierta la premisa de que la actividad asistencial de los MIRs contribuye con la actividad asistencial en los SU sin embargo un reciente estudio demostró que su actividad constituye una mayor carga administrativa y económica para el SU y secundariamente para el hospital (5). Al margen de ello, es innegable la importancia que un SU tiene en la formación de residentes y por lo tanto el hospital, como dispositivo docente, debe asumir la carga que ello representa(6).

A la responsabilidad docente de los SU sobre los MIRs y al impacto administrativo que tiene su actividad se suma una tercera consideración: la necesidad de garantizar la seguridad del paciente. Esta debe ser la prioridad al diseñar los protocolos de atención/supervisión que involucren a los MIRs en su actividad asistencial en los SU(1,3). En ese sentido y con dicho propósito, el Real Decreto 183/2008 (7) establece una normativa que persigue reducir el error humano inherente al médico con menor experiencia dentro de la escala formativa del sistema MIR dándole de forma progresiva mayor autonomía y por lo tanto menor supervisión. Aunque no existen estudios que hayan demostrado una modificación en la morbilidad y mortalidad de esta medida en los SU, es razonable pensar que la supervisión de presencia física de los residentes de primer año asegura una menor probabilidad de errores médicos. De la misma forma, es razonable asumir que este modelo de supervisión demanda una dedicación especial y con ello una mayor necesidad de médicos urgenciólogos para garantizar la aplicación de la normativa.

No hay tampoco, y probablemente no habrán, estudios que midan el impacto docente del Real Decreto 183/2008 sobre la

formación en Medicina de Urgencias entre los MIRes en general. Una posible hipótesis consiste en presuponer que el interés autoformativo del MIR de primer año quedará relegado en tanto que la supervisión ejercida por el urólogo alcance una magnitud tal que la actividad del residente se circunscriba al mero trabajo de secretariado. Esta visión extremista no tiene sustento objetivo en la actualidad aunque sería de interés determinar en qué medida se percibe entre los propios afectados. Otra hipótesis consistiría en asumir que el especialista se vea en la obligación de intervenir de forma directa en todos los actos médicos para asegurarse que el manejo del paciente, reflejado en la historia clínica, sea coherente y apropiado. Ello demanda una considerable atención y hace escasamente viable que la supervisión se pueda ejercer sobre más de un solo MIR de primer año. No obstante, ambos escenarios deberían suponer un considerable incremento en términos de seguridad del paciente contra el error médico.

La rigurosidad con la que el Real Decreto 183/2008 garantiza la supervisión del MIR de primer año se diluye con los residentes de años superiores. La propia concentración de la atención con los residentes de primer año y la escasa necesidad de autoformarse podrían generar que el residente de segundo año se convierta en una unidad asistencial con menos independencia, con menos autonomía, más dubitativo y menos resolutivo que sus pares de generaciones previas a la vigencia del Real Decreto. Si a ello se une el hecho de que no existen residentes que se identifiquen con los SU (porque no existe especialidad como tal), es de suponer que existe un grave problema y que aumentar el alcance de la supervisión no es la única solución.

Recientemente, la Defensoría del Pueblo emitió un documento basado en la opinión de múltiples colectivos de pacientes, representantes de distintos SU y de gremios de médicos urólogos (8). En él se recoge la preocupación que los distintos miembros del foro consultado tienen respecto a todos los factores que condicionan la seguridad del paciente y entre dichos factores se cita directamente el riesgo en el que se encuentran los pacientes que reciben atención por residentes de primer o segundo año sin la supervisión directa de un urólogo.

Hay que entender que la seguridad del paciente es una prioridad, la más importante de todas y que su alcance no puede quedar en las manos de una actitud paternalista. Entonces, ¿es la solución la profesionalización de los SU? Sí, desde el punto de vista exclusivamente asistencial y no, desde el punto de vista docente. Probablemente, la garantía de la seguridad del paciente se pueda alcanzar asegurando la idoneidad de un residente de primer año para convertirse en residente de segundo año. Bajo este condicionante, se genera un interés –probablemente artificial- en el MIR de primer año de adquirir conocimientos y destrezas que le permitan progresar al segundo año y recuperar la independencia, autonomía y capacidad resolutiva que se percibían en generaciones previas.

Esta forma de garantizar la seguridad del paciente exige un modelo que permita ejercer una evaluación objetiva y justa. En nuestra experiencia, encontramos que la evaluación debe perseguir primero un reconocimiento al esfuerzo y al progreso y en última instancia ser un proceso punitivo o persecutor de aquellos que muestran carencias formativas. Es por ello, que

el evaluar tiene que tener una doble finalidad: La de identificar precozmente a los MIRes con deficiencias formativas que deban ser atendidas y subsanadas antes de validar su paso al segundo año de residencia y, por otro lado, establecer un reconocimiento a quienes han demostrado el alcance de objetivos y destaquen entre sus condiscípulos (9-11). Como es lógico, esto último sólo se puede permitir un servicio con un elevado volumen de residentes ya que en colectivos pequeños se podría prestar a la génesis de rivalidad y competitividad innecesarias dentro de la formación MIR.

Es probable, no obstante que la instauración de la troncalidad acabe señalado a esta forma de evaluación como la más idónea sin embargo, ese escenario no ha sido aún suficientemente esclarecido (12).

En cuanto a la evaluación, la normativa habla de dos formas: Formativa y final (7). La primera se realiza por lo menos una vez al año y reúne los resultados de distintas herramientas disponibles para el uso de los tutores. La final es la que determina, una vez culminado el último año de residencia, la idoneidad del residente para recibir el título de especialista. Claramente, la normativa se refiere a las evaluaciones que se hacen en el contexto de la acreditación del MIR como especialista dejando un vacío para la formación transversal, en la que se encuentra la Medicina de Urgencias. Podría llegar a interpretarse que la normativa no contempla necesariamente que este tipo de formación sea requisito para la acreditación de un MIR sin embargo y al margen de ello, como ya hemos razonado previamente, la prioridad sigue siendo la seguridad del paciente.

Entonces, a partir de este punto, podemos añadir que los propósitos que persigue la evaluación en urgencias son el asistencial y el formativo, ambos demarcados por garantizar que el MIR ha completado satisfactoriamente con los objetivos planteados para su correspondiente año de residencia.

En tanto que la normativa no especifica los procedimientos a llevar a cabo en el caso de la evaluación en urgencias, a continuación planteamos nuestra propuesta.

Ámbito de la evaluación

Se refiere al colectivo que está llamado a pasar por el proceso de evaluación. Los SU, como hemos anotado previamente, tienen características peculiares y no pueden permitirse formar en Medicina de Urgencias a MIRes cuyos programas formativos no identifiquen esta necesidad, que no tengan un real interés o cuyos tutores consideren como una rotación de corta duración. Atendiendo al hecho de que la formación es un derecho pero la asistencia de calidad un deber, las necesidades formativas de estos MIRes debe solventarse mediante otras estrategias docentes como las rotaciones matinales, módulos de tardes u otras alternativas que cada SU entienda como viables. Por otra parte, el SU debe asimilar el hecho de que como cualquier otro dispositivo docente tiene el deber de atender estas necesidades formativas y para ello dotarse de los mecanismos que hagan ello viable.

El resto de MIRes están contemplados dentro de este ámbito y por lo tanto deberán ser sujetos de una evaluación anual. No

existe un sustento documentado de cuál es la mínima actividad asistencial a desarrollar por los MIR en los SU para considerar que existe una continuidad que justifique pertenecer a este grupo. Entendemos que una jornada de atención continuada por mes es la mínima exigible.

Cronograma del sistema de evaluación

Como cualquier proceso, la evaluación debe guardar coherencia con sus objetivos y en ese sentido es imprescindible que se ejerza a lo largo del año y no relegarse al término del año lectivo, cuando las enmiendas ya no caben en el calendario. Una primera evaluación debe realizarse inmediatamente después de culminar el curso de urgencias que la mayor parte de los SU programan para los MIRs de primer año. El resto de evaluaciones deben realizarse según disponibilidad logística a lo largo del año lectivo y 3 meses antes del término del mismo. Estas evaluaciones deben contemplar las características del discente en el momento en el que se llevan a cabo y atender a los objetivos formativos ponderados según se trata de una evaluación temprana o final. El formato de la evaluación debe ajustarse, nuevamente, a la disponibilidad humana y logística de cada SU y por supuesto al número de MIRs que se evaluarán. Al mismo tiempo es conveniente que los MIRs sean evaluados durante su actividad asistencial en las jornadas de atención continuada. Como es lógico el proceso no puede interferir con el funcionamiento del SU por lo que éste debe circunscribirse a un medio simplificado pero completo de valoración del desempeño del residente y cumplimentado por el especialista supervisor de turno.

Contenidos a evaluar

Es necesario y prudente que el evaluado sea consciente de los objetivos de la evaluación y al mismo tiempo de los contenidos a ser evaluados. Para ello, los correspondientes tutores deben elaborar un temario de contenidos para cada evaluación que debe ser puesta en conocimiento de los residentes al inicio del proceso formativo.

De la misma forma, los MIRs deben conocer los mecanismos de subsanación de aquellas evaluaciones negativas así como los parámetros que definen la mínima aprobación.

Referencias personalizadas

Los MIRs deben tener en los SU una referencia docente a lo largo de su proceso formativo. Esto es, una figura institucionalizada que haga las funciones que cumpliría un tutor en una especialidad dada. Este responsable docente deberá realizar

un seguimiento de las evaluaciones realizadas por o sobre un grupo fijo de residentes y poner en marcha los mecanismos que sean necesarios para subsanar cualquier deficiencia. Todo ello sin perjuicio de que cumpla con otras funciones inherentes a la función de tutor de residentes.

Retroalimentación

De la misma forma que con cualquier otro proceso de evaluación, los SU deben prestar atención a los resultados de las mismas con el fin de tener a todos los especialistas del servicio al tanto de las más importantes deficiencias que el colectivo de residentes presenta. Es muy relevante también tomar conocimiento de la opinión de los residentes sobre el sistema de evaluación: forma, momento, claridad, homogeneidad, etc. El equipo de tutores y la integridad del SU deben orientar esfuerzos a adaptar el sistema de evaluación al feedback obtenido de los residentes.

Redes de Evaluación

Las sociedades locales y nacionales de Medicina de Urgencias deben ser promotores del intercambio de experiencias formativas y evaluativas entre sus socios. En tanto que la experiencia en evaluación en Medicina de Urgencias no es una tradición institucional en nuestro medio, los SU deben constituir redes docentes con el propósito de analizar prospectivamente el proceso de formación y evaluación de residentes con fines de perfeccionamiento inmediato pero también con miras a preparar ambos aspectos de cara a un eventual reconocimiento de nuestra actividad como una especialidad.

En síntesis podemos señalar que la evaluación de MIRs en la Medicina de Urgencias es una tarea que algunos SU hemos optado por iniciar de forma estructurada y que responde a la necesidad de cumplir con un objetivo formativo transversal pero que fundamentalmente permite garantizar la seguridad del paciente y la práctica de la excelencia en su manejo en un entorno de urgencias.

Las experiencias en evaluación en urgencias son escasas en nuestro medio, sin embargo, algunas estrategias son extrapolables de los procesos tradicionales ya existentes dentro del sistema MIR y otros requieren de la iniciativa, creatividad y adaptación al entorno de servicios de urgencias, sin especialidad reconocida y con el más alto volumen de rotantes por año.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés con la publicación de este artículo.

Referencias

- 1 Tejedor Fernández, M., Montero Pérez, F., Miñarro del Moral, R., Gracia, F. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo? *Emergencias*. 2013; 25: 218-27.
- 2 Salvador Suárez, F., Millán Soria, J., Téllez Castillo, C., Pérez García, C., Oliver Martínez, C. Implantación de un plan de calidad en servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. *Emergencias*. 2013; 25: 163-70.
- 3 Pastor, J. Las dificultades de organizar un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2013; 25: 81-82.
- 4 Armengol, G., José, J. Urgencias y Emergencias : conociéndonos mejor. *Emergencias* [Internet]. 2014 [citado 20 de diciembre de 2014; 26(1)]. Recuperado a partir de: <http://demos.medynet.com/ojs/index.php/emergencias/article/view/2825>
- 5 Montero Pérez, F., Calderón de la Barca-Gázquez, J., Calvo-Rodríguez, R., Jimenez-Murillo, L. Impacto de una huelga de médicos internos residentes sobre la eficiencia de un servicio de urgencias de un hospital universitario. *Emergencias*. 2014; 26: 443-49.
- 6 Coll-Vinent, B. Residentes y Urgencias: ¿relación conveniente o relación de conveniencia? *Emergencias*. 2014; 26: 427-28.
- 7 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 183/2008 del 8 de febrero, por el que determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de formación sanitaria especializada. 2008: 10020-35.
- 8 Defensores del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Estudio.pdf
- 9 González, AM. ¿Cómo podemos evaluar la formación de nuestros residentes? *Educ Médica*. 2012; 15(3): 135-41.
- 10 Morán-Barrios, J. ¿Cómo Evaluar al Residente?. Una visión posibilista para entornos complejos. [Internet]. Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE; 2011. Recuperado a partir de: http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/Evaluar%20Residentes.%20Una%20vision%20posibilista%20en%20entornos%20complejos.pdf
- 11 Sherbino, J., Bandiera, G., Frank, JR. Assessing competence in emergency medicine trainees: an overview of effective methodologies. *CJEM*. 2008; 10(4): 365-71.
- 12 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. 2014: 63130-37.