

Rotación de Residentes por Atención Primaria

JM. García Puga^{*(¹)}, I. Peñalver Sánchez^{**(¹)}, J. Sánchez Ruiz-Cabello^{***(¹)},
J. Bras i Marquillas^{****(¹)}, L. Jordano Salinas^{*****(¹)}

*Pediatra. CS Salvador Caballero. Granada.

**Pediatra. CS Cartuja. Granada.

***Pediatra. CS Zaidin. Granada.

****Pediatra. Área Básica de Salud "Poble Nou". Barcelona.

*****Pediatra. CS Polígono Guadalquivir. Córdoba.

^(¹)(Grupo de Docencia de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía)

Resumen

La necesidad de formación de los residentes de Pediatría en Atención Primaria (AP) parece un hecho incuestionable en el momento presente. Así, la patología actual en la infancia precisa de menos asistencia hospitalaria, un elevado número de consultas se van a resolver en el nivel primario de atención y el desempeño mayoritario del trabajo fuera del hospital del pediatra tras su residencia, son razones a las que se une el hecho de que viene así recogido dentro del programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad.

Dicha formación donde únicamente se puede recibir con rigor es en el lugar donde se desarrolla e igualmente por pediatras que allí desempeñen su función.

En este documento planteamos objetivos como: favorecer la labor de los pediatras de Atención Primaria acreditándolos como tutores y acreditando unos Centros de Salud que reúnan requisitos para dicha formación, junto con un programa en el que se planifique y lleve a cabo la rotación que estimamos debería tener una duración de 3 a 6 meses. Ésto ha de completarse con un proceso de evaluación tanto de tutores como de residentes y una reacreditación periódica de tutores y centros de Atención Primaria.

Palabras clave: Atención Primaria, Formación Residentes, Tutores Pediatría, Acreditación.

Abstract

The need of training in Primary Care (PC) of Pediatrics residents seems unquestionable at the present moment. Current pathology in childhood requires less hospital assistance, the large number of problems that are going to be solved at the primary care level and the fact that the majority of the pediatrician's work after his residence is done outside the hospital are reasons to be added to the fact that this training is included into the program approved by the National Committee of Pediatrics Specialty.

The only place in which the Primary Care training can be received and learned with accuracy is where it carries out, and with the pediatricians who work there.

In our document we suggest some objectives as: to contribute to the Primary Care pediatrician's work accrediting them as teachers and accrediting some Health Centres which have the essential qualifications for this training program that we consider should last for 3 or 6 months. This has to be completed with an evaluation process by the teachers and the residents as well, and also a periodic reaccreditation of teachers and Primary Care Centres.

Key words: Primary Care, Residents Training, Pediatrician Teachers, Accreditation.

Introducción

En el continuo debate generado sobre la formación o no de los Residentes de Pediatría (MIR)¹ en Pediatría de Atención Primaria, se planteó un taller de docencia MIR, para las V Jornadas de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria que se celebró en Almería los días 10-11 de marzo de 2001².

Previamente teníamos conocimiento de cómo estaban distribuidos los recursos tanto materiales (centros acreditados), como humanos (pediatras tutores) en la comunidad³. La participación de un grupo adecuado se ajustó a lo que requiere un trabajo de las características de un taller. La exposición y posterior debate, concluyó con una puesta en común final y cuyo resultado fue el esbozo o armazón de los requisitos que se consideraron necesarios para la Acreditación de Centros de Salud y Tutores en Pediatría de Atención Primaria.

La patología actual en la infancia, tiende a ser más social y de manejo fuera del

ámbito hospitalario (prevención y educación para la salud, enfermedad aguda y recidivante y enfermedad crónica) frente a una clara disminución de la patología que precisa asistencia hospitalaria.

Un número elevado de consultas se van a resolver a nivel primario, casi un 95% de las realizadas. Al mismo tiempo, el Centro de Salud es la puerta de entrada que comunica al niño enfermo con el resto del sistema sanitario y demás recursos.

En la última década los programas de formación están revisándose y modificándose en los países avanzados, poniendo especial énfasis en las prácticas llevadas a cabo en la comunidad o en Atención Primaria, bien desde las Facultades de Medicina o durante el período de Residencia, intentando potenciar la utilización de los servicios comunitarios disponibles, reforzado porque la práctica pediátrica se ha trasladado en gran medida a marcos fuera del hospital^{4,5}.

En España por el contrario, la actual formación del especialista en Pediatría

es casi absolutamente hospitalaria⁶. Se siguen formando excelentes pediatras hospitalarios, pero con desconocimiento de los aspectos fundamentales del trabajo en un Centro de Salud⁷, lugar donde el 80% de futuros pediatras acabarán ejerciendo¹.

La formación médica especializada está regulada por lo contenido en el Real Decreto, 127/84⁸ y la Orden de 22 de junio de 1995⁹ donde aparecen los requisitos que deben reunir Centros y Unidades Docentes para acceder a la acreditación.

La Comisión Nacional de la Especialidad es la que fija los objetivos, criterios y el programa de formación. Dentro de la formación pediátrica, la rotación por los Centros de Salud es un imperativo formativo, así viene redactado en los diferentes programas de formación aprobados por la Comisión Nacional desde 1979; la necesidad y la obligatoriedad de que el pediatra en período de formación "aprenda Pediatría comunitaria", "el residente de Pediatría rotará por los Centros de Atención Primaria (CAP) acreditados para la docencia en Pediatría o en su defecto en servicios o unidades de Pediatría Social hospitalarios"^{10,11}.

Hasta el momento actual eso no se cumple, solo merced a voluntarismos, algunos de los residentes de Pediatría rotan por Atención Primaria, siendo una

de las causas argumentadas para no llevarlo a la práctica, la ausencia de Centros Acreditados.

En Andalucía, desde la Asociación de Pediatras de Atención Primaria y dada la experiencia acumulada con la rotación de MIR de Familia, se planteó poner en marcha un plan de trabajo para los MIR de Pediatría. Básicamente pretendemos dar un sentido y racionalizar lo que hasta ahora hemos estado realizando desde más de 15 años. La cercanía de la Atención Primaria al entorno del niño, la atención continuada frente a la puntual de los otros niveles, el tiempo dedicado a su asistencia longitudinal en cortos y sucesivos contactos, la tímida labor y la potencial fuente de investigación junto a la experiencia docente pensamos justifican sobradamente la realización de este programa específico de rotación¹². No sólo queremos dar a conocer el importante esfuerzo que hemos llevado a cabo, sino que es nuestra intención ponerlo en práctica, comenzando a pilotar el instrumento que presentamos. El futuro nos dirá los cambios a realizar.

Objetivos

1. Favorecer y potenciar la labor de los Pediatras de Atención Primaria como docentes de MIR.
2. Acreditar Centros de Atención Primaria para Docencia en Pediatría y Pe-

diatras como Tutores según criterios consensuados.

3. Definir el programa de Formación y planificar la Rotación en Pediatría de Atención Primaria.

4. Elaborar un sistema de Evaluación de Tutores y Residentes.

5. Presentar un modelo de documentos que permitan Certificación periódica de Pediatras Tutores y Centros acreditados.

Programa teórico-práctico^{13, 14, 15, 16}

Objetivos generales

Adquirir conocimientos, habilidades prácticas y actitudes necesarias para capacitar y preparar al Residente en:

- Promoción de la Salud Integral del Niño y Adolescente.
- Atención a los Problemas Clínicos en Atención Primaria.
- Trabajar como integrante de un equipo de Atención Primaria.

Contenidos

1. Generales

- Conocimiento del medio asistencial:
 - Centro de Atención Primaria (Recursos humanos y materiales, organización, disposiciones oficiales (BOJA, BOE), funciones...).

– Historia clínica: Papel, Informática. Sistemas de codificación diagnóstica.

- Anamnesis (valoración socio-familiar, técnica de entrevista clínica según edad), exploración clínica, planteamiento diagnóstico y tratamiento. Exámenes complementarios, derivación / interconsultas.
- Actividades preventivas y sociales.
- Concepto y técnicas de Educación para la Salud.
- Calidad asistencial, evaluación de Procesos y ciclos de mejora.
- Epidemiología de las enfermedades en Atención Primaria.
- Modelo de consulta a demanda (patología aguda prevalente) y programada (patología crónica), urgencias.
- Terapéutica: Manejo y dosificación de fármacos.
- Instrumentos:
 - Espirómetro, impedanciómetro, optotipos, pesos, podoscopios, pulsioxímetros, tallímetros, tensiómetros.
 - Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Actuaciones derivadas de su diagnóstico.
 - Internet. Fuentes de Calidad. Lectura Crítica. Pediatría Basada en la Evidencia. Guías de Práctica Clínica.

2. Específicos

2.1. Pediatría Preventiva y Social

- Programas de salud infantil (Niño Sano, vacunas, escolar...). Dichos programas tienen unos objetivos y un número de controles mínimos en cada uno de los cuales se realizan actividades de prevención que deberían contener:
 - Anamnesis con técnicas de entrevista clínica.
 - Orientación exploratoria y anticipatoria.
 - Pautas de educación para la Salud (higiene, sueño, esfínteres, desarrollo psicosocial...).
 - Pautas correctas de alimentación y nutrición desde el recién nacido hasta el adolescente.
 - Calendarios de vacunaciones sistemáticas. Pautas correctoras. Vacunación de niños en situaciones especiales. Ocasiones perdidas de vacunar. Otras vacunas y aspectos de las inmunizaciones específicas.
 - Cribado de patologías y *screening* en la infancia y adolescencia: Metabolopatías. Síndrome Muerte Súbita del Lactante. Displasia de cadera. Ferropenia. Accidentes. Maltrato. Criptorquidia. Altera-

ciones sensoriales. Alteraciones bucodentales. Fallo de Medro. Embarazo. Enfermedades de Transmisión Sexual. Tabaquismo, alcohol y otros tóxicos.

- Atención a niños con necesidades especiales por riesgo social (inmigrantes, etnias, marginalidad...).

2.2. Pediatría Clínica

- Patología Aguda Prevalente.

Cardio / hematología: Semiología cardiaca y valoración del soplo inocente. Estudio de anemias y ferropenia.

Dermatología: Enfermedades exantemáticas. Otras dermatosis (Dermatitis atópica, seborreica, área del pañal...). Tiñas, herpes...

Digestivo: Patología de la cavidad oral. Parasitosis intestinales y cutáneas. Gastroenteritis aguda, intolerancia a la lactosa. Vómitos. Reflujo gastroesofágico. Estenosis hipertrófica del píloro. Cólico del lactante. Dolor abdominal: Abdomen agudo. Estreñimiento: Encopresis. Diarrea crónica: diarrea crónica inespecífica, intolerancia PLV, celiaquía, fibrosis quística...

Endocrinología: Manejo del niño con talla baja. Bocio. Obesidad. Diabetes. Pubertad y alteraciones de la pubertad. Criptorquidia, genitales ambiguos, hirsutismo.

Generalidades: Preguntas frecuentes de los padres. Motivos frecuentes de consulta. Síndrome febril. Conducta ante hijo de madre VIH (+) y ante pinchazo sospechoso.

Infeccioso: Patologías propias de la infancia. Diagnóstico y tratamiento de Tbc: interpretación prueba tuberculina. Meningitis: diagnóstico, profilaxis meningococo.

Nefrología: Infecciones del tracto urinario. Enfoque inicial de hematuria, proteinuria. Enuresis. Vulvovaginitis.

Neumología: Neumonías. Bronquiolitis. Asma.

Neuropsiquiatría: Convulsiones. Convulsiones febriles. Cefaleas.

Oftalmología: Enfermedades de los párpados, aparato lacrimal, ojo rojo, córnea y traumatismos oculares. Defectos de refracción. Ambliopía.

ORL: Otitis. Patología infecciosa de vías respiratoria altas. Indicaciones quirúrgicas: amigdalectomía, adenoidectomía, drenajes transtimpánicos. Hipoacusias. Alteraciones del lenguaje.

Ortopedia: Cojera: displasia de cadera, sinovitis, Perthes, Ostgood, Sever, epifisiolisis... Otros problemas ortopédicos: pie plano, pie adductus, genu valgo, genu varo, rotaciones del miembro inferior, escoliosis.

Patología prevalente del adolescente:

acné, dermatosis, dismenorrea, vulvovaginitis, balanitis, prevención (alcohol, tóxicos, ETS, tráfico, traumatismos...).

- Calendario quirúrgico.

- Urgencias:

- Motivos más frecuentes de consulta urgente (diagnóstico diferencial por edad): Fiebre. Llanto. Tos-Dificultad respiratoria. Dolor abdominal. Vómitos-Diarrea-Estreñimiento. Dolor torácico. Cefalea. Mareo. Agresión sexual.

- Emergencias pediátricas: Maletín de urgencia. Parada y reanimación cardiopulmonar. Cuerpo extraño. Asfixia por inmersión: Crisis asmática. Epiglotitis. Convulsiones. Coma. Traumatismo craneoencefálico y otros traumatismos. Quemaduras. Intoxicaciones.

- Patología crónica prevalente.

Alimentación: errores congénitos del metabolismo, intolerancia a lactosa, IPLV... Alergias. Diabetes.

Alteraciones neuromusculares: Epilepsia. Espina bífida. Parálisis cerebral infantil.

Alteraciones osteomusculares.

Alteraciones sensoriales: Hipoacusia. Deficiencia visual severa.

Artritis crónica juvenil.

Asma e hiperreactividad bronquial.

Baja talla.

Cáncer.

Cardiopatía congénita.

Fibrosis quística.

Inmunodeficiencia.

Recién nacido de alto riesgo: social, familiar, biológico o neurosensorial (prematuros, cromosomopatías...).

Sangre: Anemia, trastornos hemorrágicos (PTI, hemofilia), leucemias y linfomas.

Síndrome de Down.

SIDA.

Trastornos psiquiátricos y del aprendizaje:

– Trastornos generalizados: autismo, retardo mental.

– Trastornos conductuales y emocionales: por déficit de atención o hiperquínéticos, trastornos de conducta (anorexia simple, sueño...), trastornos emocionales (ansiedad, depresión, anorexia nerviosa) trastornos de eliminación (enuresis, encopresis).

– Trastornos de aprendizaje.

Nefropatías crónicas: ITU de repetición. Síndrome Nefrótico. IRA.

Acreditación de centros y tutores

Para llevar a cabo el programa de aprendizaje son necesarios los edificios y las personas, y para ello se han elaborado unos criterios de Acreditación de Centros de Salud (Tabla 1) y de Pediatras (Tabla 2) que puedan ejercer como Tutores en Atención Primaria.

Dadas las peculiares características de los pediatras en Atención Primaria, existía la posibilidad de que alguno de estos centros no reuniera parte de requisitos de acreditación por lo que se decidió crear lo que hemos denominado **Área o Subunidad Docente** definida como espacio de trabajo que puede corresponderse con un consultorio, centro de salud o agrupación de varios, lo que de otro lado permitirá reunir a varios pediatras dentro de la misma.

Tiempo y período de rotación

Consideramos que el tiempo mínimo para cumplir el programa sería de **dos meses**, siendo lo aconsejable entre **tres y seis meses** y durante el **tercer o cuarto año de Residencia**.

Para una adecuada rotación con el máximo aprovechamiento y menor conflicto, dadas las características de las consultas de Atención Primaria, es esencial una correcta **planificación y coordinación** entre las Unidades Docentes de Medicina Familiar y las Unidades Docentes de Pediatría Hospitalaria con los Tutores Pediatras de Atención Primaria.

Evaluación

Los programas de formación y todos los elementos que intervienen en ellos deben estar sometidos a procedimientos

Tabla 1. Criterios para Acreditación de "Área/Subunidad Docente" de Pediatría en Atención Primaria

1. Centro de salud. Edificio y equipamientos generales

	Mínimo	Óptimo
Consultas:		
- Contará con consultas para: Médico General/Familia y Pediatra, de unos 15-20 m ² , en razón de una consulta por Médico General/Familia y por Pediatra.		•
- Existirán otras consultas para Enfermería y Trabajador/a Social en su caso.		•
Espacios disponibles:		
- El área de recepción será amplia y de fácil acceso. Las salas de espera deben de ser confortables y permitir una estancia cómoda y un ambiente agradable a los pacientes.		•
- La Zona de Urgencias tendrá el espacio físico adecuado y el material necesario para la atención correcta a los pacientes, así como un fácil acceso.		•
- Deberá de disponer de un archivo centralizado, con el objeto de facilitar el acceso a las Historias Clínicas y los trabajos de investigación. Asimismo, de espacio destinado a biblioteca, a aula docente y una sala de sesiones o reuniones para el equipo.		•
Equipamientos específicos:		
- El Centro contará con equipo de electrocardiografía, oxigenoterapia y esterilización de material, material de curas, laringoscopio pediátrico, sondas nasotraqueales (set pediátrico) siendo muy recomendable la presencia de espirómetro, sonicaid y microscopio.		•
- Cada consulta contará con los medios necesarios para el trabajo del Médico General/Familia, Pediatra y Enfermería.		•
- Utillaje asistencial en consulta pediátrica:		
Escobillones		
Otoscopio con conos pediátricos		
Oftalmoscopio		
Podoscopio		
Nivel y plomada		
Fonendoscopios pediátricos		
Medidores de FEM (Flujo Espiratorio Máximo)		
Esfigmomanómetro-manguitos (set pediátrico)		
Balanza pesa-bebés		
Tallímetro para lactantes		
Pesos y tallímetros grandes		
Cinta métrica cefalométrica		
Optotipos pediátricos		
Negatoscopio		•
Equipamiento docente:		
- Deberá de disponer de: pizarra o equivalente, retroproyector y proyector de diapositivas, ordenador e impresora.		•
- Monitor de TV, magnetoscopio (vídeo).		•
- Fotocopiadora, ordenador personal para el uso docente / investigación equipado con los programas informáticos necesarios, cañón de proyección (aconsejable).		•

Continúa en pág. siguiente

Viene de pág. anterior

2. Personal

	Mínimo	Óptimo
Órganos de gobierno:		
- Debe de adoptarse un reglamento y normas de funcionamiento.	•	
- Deben realizarse reuniones periódicas en fechas preestablecidas.	•	
- Debe existir un Director o Coordinador de la Subunidad.	•	
Composición del Equipo de Atención Primaria:		
- Estará constituido por Médicos Generales/ Familia, Pediatras, Enfermeros y Personal Auxiliar (Administrativos y Celadores).	•	
- Deberá contar con el apoyo de un Trabajador Social y de un Técnico de Salud Pública.	•	
Recursos relacionados con Pediatría:		
- Pediatra/s acreditado/s. Debe/n realizar consulta: a demanda, programada, telefónica, urgente y eventualmente domiciliaria.	•	
- Enfermería con dedicación parcial o total a la atención al niño.		•
- Exámenes complementarios: Analítica y radiología: disponibilidad a escasa distancia.	•	
- Especialidades en colaboración directa: Salud mental: disponibilidad presencial periódica. Odontología: conocimientos de odontología infantil y ortodoncia. Epidemiólogo: apoyo logístico al programa docente.	•	

3. Datos asistenciales

	Mínimo	Óptimo
Relativos a la asistencia a los pacientes:		
- El Centro deberá de disponer de un sistema de registro para las consultas, visitas domiciliarias y urgencias realizadas.	•	
- Relación de personas menores de 14 años: 1.200 por Pediatra. 800-1.000 por Pediatra.	•	•
- Promedio de consultas / día / Pediatra: de 15-35. de 15-25.	•	•
- Promedio de tiempo de consulta por paciente deberá estar alrededor de 10 minutos.	•	
- La duración de la consulta a demanda y programada no superior a 5 h de media/ día.	•	
Actividades del Personal de Enfermería:		
- Realizará curas, administrará medicación parenteral, practicará la extracción de muestras y la consulta de enfermería programada.	•	
- Participará conjuntamente con el resto del Equipo, en las actividades de los programas de Salud Pediátricos y de la Comunidad y realizará visitas domiciliarias.	•	
Conexiones:		
- Especialistas para derivación asistencial (con vinculación docente ocasional): han de ser mayoritariamente pediátricos: ORL, Oftalmología, Dermatología, Neumología, Gastroenterología, Oncohematología, Cirugía, Logopedia, Urología, Neuropediatría, Endocrinología, Cardiología.	•	
- Conexión con las entidades sociales de infancia y adolescencia (guarderías, escuelas, centros de ocio y deporte, centros sociales).	•	
- Farmacias.	•	

Continúa en pág. siguiente

Viene de pág. anterior

4. Actividad asistencial

	Mínimo	Óptimo
Programas de Salud:		
– Se entiende como Programa de Salud un conjunto de actividades planificadas, destinadas a alcanzar unos objetivos de salud en una población determinada.	•	
– El Centro deberá ofertar un programa completo de Atención al Niño, controles periódicos de salud, vacunas y atención a crónicos.	•	
Protocolos:		
– Entendidos como un proceso lógico o secuencia ordenada de conductas para mejorar el curso clínico del paciente. Pueden ser de diagnóstico, de tratamiento o de uso de procedimientos.	•	
– En el Área Infantil se deberá de utilizar algún protocolo, preferentemente en patologías crónicas y / o conocimiento de la Comunidad y participación comunitaria.	•	

5. Sistemas de registro

	Mínimo	Óptimo
Archivo de Historias Clínicas:		
– Los documentos que la forman deberán mantenerse durante el tiempo que la Ley prescriba y con el secreto exigido por la Ética profesional.	•	
– Deberá utilizarse un sistema de identificación y archivo que facilite la rápida localización de cualquier historia.	•	
– Si hay informatización del centro: historia o registros informatizados, capacidad de manejo de datos agregados, software suficiente para textos, cálculos, presentaciones, fotografía y bases de datos.	•	
Otros sistemas de registro y control de calidad:		
– Se recomienda el uso de codificación para la clasificación de los problemas de salud.	•	
– La documentación clínica del Centro incluirá un fichero de edad y género y un registro de patologías crónicas.	•	
– Debe de existir un sistema de registro específico de la actividad asistencial del Centro y de los programas de salud.	•	
– Se debe de realizar alguna actividad de Control de Calidad ó Auditoría Médica.	•	
– Memoria anual de actividades y proyectos.	•	

6. Docencia e investigación

	Mínimo	Óptimo
Docencia:		
– Se deberá participar activamente en sesiones clínicas, bibliográficas y cursos de formación, etc. que se organicen en la Subunidad Docente.	•	
– Número de sesiones mensuales programadas:		
Una.	•	
Cuatro.		•
Investigación:		
– La Subunidad Docente deberá tener, al menos, un proyecto de investigación en marcha.		•
– Las líneas de investigación en las que se enmarquen los proyectos deberán de tener un pediatra/s responsable/s.		•

Continúa en pág. siguiente

Viene de pág. anterior

7. Biblioteca

	Mínimo	Óptimo
- La Subunidad Docente deberá contar con una dotación básica de libros y revistas de las principales ramas de formación, que debe decidirse antes de iniciar la docencia, para asignarle un presupuesto, así como un espacio específico y con garantías de comodidad y aislamiento.		•
- Deberá de disponer de facilidades para acceder a otra biblioteca mejor dotada en la Unidad Docente, con servicio de búsqueda automatizada y reprografía.		•
- Material docente: material audiovisual disponible, reprografía y sus fungibles, protocolos asistenciales, manual del residente.		•
- Conexión a intranet-Internet: para analítica, Rx e imagen, consultoría, búsqueda bibliográfica y temática, casos y sesiones, estudios multicéntricos o colaborativos, acceso bibliográfico (e-hemeroteca).		•

Tabla 2. Criterios para Acreditación de Tutores de Pediatría en Atención Primaria

		Pp	P	E
Requisitos previos^a			20	
Consulta a demanda:				
- N° pacientes/día	< 15	2		
	15-25	6		
	25-35	4		
	> 35	0		
- Tiempo/paciente	< 5 min	0		
	5-8 min	2		
	8-12 min	4		
	> 12 min	3		
- Espacio de consulta mayor a 5 horas	Sí	3		
	No	0	13	
Consulta programada:				
- Pacientes/semana	< 5	2		
	5-10	4		
	> 10	6		
- Otros programas	Sí	6		
	No	0	12	
Sistemas de registro:				
- Cumplimentación de la historia clínica	Sí	6		
	No	0		
- Lista de problemas, iconos de crónicos	Sí	6		
	No	0		
- Cumplimiento de los CPS	Sí	6		
	No	0	18	

Continúa en pág. siguiente

Viene de pág. anterior

		Pp	P	E
Curriculum profesional:				
- Titulación	MIR	6		
	no MIR	2		
- Coordinador de programa / s	Sí	2		
	No	0		
- Años de experiencia (0.2 p / año)		máx 2		
- Publicaciones y comunicaciones	En AP	4		
	No AP	2		
- Sesiones clínicas, bibliográficas, protocolos en AP	Sí	2		
	No	0		
- Experiencia docente con residentes o pregrados (0.4 p / año)		máx 3		
- Experiencia docente en actividades de formación (charlas, conferencias)		máx 3	22	
Evaluación como tutor:				
- Evaluación de los residentes		10		
- Cumplimiento de rotación con objetivos (proyecto docente)		5		
- Prueba de competencia ^b			15	

(a) 4 puntos por cada ítem. Opcionalmente un año de experiencia previa en Atención Primaria sería innecesario, si se cumplieran los otros cuatro.

(b) Especificar Sí o No.

Pp = Puntuación parcial. P = Puntuación total por apartado. E = Puntuación diferencial.

de evaluación que informen acerca de la idoneidad de los procesos de enseñanza/aprendizaje que los integran y de sus resultados.

La evaluación debe contemplar elementos de interacción entre el docente y el discente, y ser la base para la introducción de modificaciones y cambios de orientación en su aprendizaje.

La realización de una buena evaluación aporta ventajas y beneficios en la rotación del residente por los CAP, pues nos puede permitir, *a posteriori*, detectar problemas o déficits relevantes del proceso formativo, ya que –aún sabien-

do que la evaluación tiene un carácter subjetivo– puede ser orientativa y por tanto válida. La bidireccionalidad evaluativa (el residente es evaluado y a la vez es evaluador de sus tutores, programas, etc...), hace mejorable y más rentable la rotación tanto para el discente como para el docente en un contexto metodológico basado en los conceptos de tutorización activa continua lo que permite el desarrollo de mecanismos de “*feed-back*” entre los dos componentes esenciales del sistema formativo.

Al finalizar el período de estancia en el CAP se procederá a la evaluación

tanto del residente (Tabla 3) como del tutor (Tabla 4), utilizando los documentos elaborados a tal fin^{17, 18, 19, 20}.

Reacreditación

1. Reevaluación anual a través de los Médicos Residentes y desde la Unidad Docente de Pediatría de Atención Primaria (UDPAP).

2. Reacreditación cada 5 años para

igualar o mejorar la puntuación obtenida para conseguir la acreditación, y de la auditoría interna con los criterios establecidos por la UDPAP.

Con **carácter transitorio**, se realizará un pilotaje durante un año y reevaluación quedando pendientes como parte del proceso fijar unos criterios de compensación docente curricular²¹ además de otros posibles a valorar.

Tabla 3. Evaluación al Residente

Residente evaluado:

Hospital de procedencia: Año residencia:

Período de rotación desde (dd /mm / aa) a

Tutor: Centro Salud:

ASPECTOS EVALUADOS: (de 0 a 10 puntos)

1) Conocimiento de programas de salud (control de niños sanos, escolar, vacunas y crónicos), y manejo de los principales problemas de puericultura:

2) Conocimiento y manejo de la farmacología pediátrica en Atención Primaria:

3) Entrevista clínica, abordaje familiar y manejo de consulta asistencial:

4) Asistencia y participación en actividades docentes e investigadoras del Centro de Salud:

5) Participación y realización de actividades preventivas, sociales y comunitarias:

6) Cumplimentación del programa teórico-práctico:

7) Asistencia y cumplimiento horario:

Comentarios:

Fdo: Tutor o responsable.

Tabla 4. Evaluación al Tutor

Tutor evaluado: C. de Salud:

Período de rotación (dd /mm / aa): a

Residente que evalúa:

Media de enfermos / día durante la rotación:

Media horas / día dedicadas a consulta asistencial:

Media horas / día dedicadas a consulta programada:

Media horas / día dedicadas a docencia e investigación:

ASPECTOS EVALUADOS: (de 0 a 10 puntos)

1) Consulta asistencial

2) Cumplimiento del programa teórico-práctico

3) Calidad de la docencia recibida (sesiones clínicas, bibliográficas, revisiones, investigación, etc)

4) Interés docente del tutor

5) Sistemática de las consultas programadas

6) Aprovechamiento global de la rotación

Comentarios:

Fdo: Residente.

Bibliografía

1. García Puga JM. *Formación MIR-Pediatría. ¿Rotación obligatoria por Atención Primaria?* Ponencia a la XV Reunión Conjunta de las Sociedades de Pediatría de Andalucía Oriental, Occidental y Extremadura. Granada 25 de noviembre de 2000.
2. Bras i Marquillas J, García Puga JM y Sánchez Ruiz-Cabello J. *Acreditación de Centros y Tutores para Docencia en Pediatría de Atención Primaria*. V Jornadas de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía. Almería 16-17 de marzo de 2001.
3. García Puga JM. *Resultados de una Encuesta a Pediatras Atención Primaria de Andalucía que ejercen como Tutores de Médicos Residentes*. Pap, 2001; 3 (10): 15-25.
4. Charney E. *La Formación de los Pediatras para la Asistencia Primaria: la consideración después de dos años*. Pediatrics (Ed. esp.) 1995; 39: 75-77.
5. FOPE II. Pediatrics 2000; 105 (Sppl): 163-212.
6. Ballabriga A. *Pediatric Education for Specialists: Critical Analysis of the present Health Teaching System*. En: "Changing Needs in Pediatric Education", de Canosa C, Vaughan VCIII and Lue HC. Nestlé Nutrition. Raven Press; New York, 1990; 20: 81-95.
7. Crespo Hernández M. *Formación especializada en Pediatría*. An Esp Pediatr 2000; 52 (Supl 5): 479-488.
8. BOE. RD. 127/84, de 31 de enero de 1984; Nº 26: 2524-2528.
9. BOE. Orden de 22 de junio de 1995; Nº 155: 19793-19799.
10. Historia de los Programas de Formación, en Pediatría y sus Áreas Específicas. Serie monográfica de especialidades médicas. Madrid, 1990.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. Guía de Formación de Especialistas. Comisión Nacional de Especialidades. Pediatría y sus Áreas Específicas, 25 de abril de 1996.
12. Gálvez Ibáñez M. *Especificidades del Ejercicio de la Medicina en Atención Primaria de Salud. Su importancia en el Pregrado y Doctorado*. Medicina de Familia (And) 2001; 2: 264-267.
13. Bras i Marquillas J, de la Flor i Bru JE, Masvidad i Aliberch RM y cols. *Pediatría en Atención Primaria*. Ed Springler-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997.
14. Sánchez Ruiz-Cabello J, García Puga JM y cols. *Manual de Pediatría en Atención Primaria para residentes*. Ed SAMFyC y Ed Adhara, Granada, 2001.
15. *Guía de Atención a la Infancia con Problemas Crónicos de Salud*. Ed.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 1997

16. *Guía de Salud Infantil y del Adolescente*. Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Sevilla, 1999.

17. Calvo Corbella E, De Lorenzo Cáceres A. *¿Cómo Enseñar a los Estudiantes de Medicina en el Centro de Salud?* Tribuna Docente en Medicina de Familia 2000; 1: 3-15.

18. Martín Zurro A. *La evaluación de los Residentes*. Atención Primaria 2001; 27: 151-153.

19. Molina Durán F. *La Docencia en la Práctica Clínica*. El Médico como Docente. Barcelona, 1998.

20. Prados Torres JD, Santos Guerra MA. *La Evaluación de los MIR como un Proceso de Aprendizaje*. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 78-84.

21. BOE. N° 310, 28 diciembre 1999: 45573-45577.

22. Vallejo Lorenzo A y cols. *Acreditación de tutores de Medicina de Familia*. Medicina de Familia (And) 2000, 1-2 Nov: 174-180.

23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Libro de Evaluación del Especialista en Formación. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

Agradecimientos.

A los participantes en el Taller de Docencia celebrado en Almería el día 11 de marzo de 2001, durante las V Jornadas de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía y especialmente a la memoria de Carmen Cárdenas Talaverón que nos dejó para siempre cuando recién comenzábamos. A Carmen Fernández Carazo, Manuel Gálvez Ibáñez, M^a Dolores Hernández Morillas, Juan Ruiz-Canela Cáceres por sus aportaciones, críticas siempre acertadas y por su apoyo.

