

## □ Práctica Reflexiva

La Práctica Reflexiva se refiere a la capacidad de un médico para evaluar críticamente sus propias decisiones clínicas, comportamientos y desempeño, con el fin de aprender y mejorar de manera continua.

En el contexto del ACGME y la formación en residencia: La Práctica Reflexiva es una competencia profesional que implica:

Reconocer fortalezas y limitaciones

Identificar errores o cuidados subóptimos

Buscar retroalimentación de compañeros, mentores o pacientes

Aplicar aprendizajes obtenidos de la experiencia en situaciones futuras

¿Por qué es importante? Fomenta el aprendizaje permanente

Reduce los sesgos cognitivos

Mejora el juicio clínico

Promueve una atención segura, ética y centrada en el paciente

En resumen: Práctica Reflexiva = pensar en lo que hiciste, por qué lo hiciste y cómo podrías hacerlo mejor la próxima vez.

En un estudio de cohorte retrospectivo y observacional, utilizando datos nacionales de hitos del ACGME sobre 2478 residentes de neurocirugía en 120 programas de EE. UU. (2018-2022), y mediante análisis estadístico descriptivo, Khalid et al. evaluaron la progresión de los residentes en las 6 competencias troncales del ACGME y 20 subcompetencias, con los siguientes objetivos:

Evaluar cuántos residentes alcanzan el nivel 4 de competencia al finalizar su formación (PGY-7)

Identificar patrones de deficiencias que coocurren entre subcompetencias

Los autores concluyen que, si bien los residentes de neurocirugía muestran una progresión significativa a lo largo del entrenamiento, persisten brechas, particularmente en habilidades clínicas especializadas y en autoevaluación (Práctica Reflexiva). Casi el 45% no alcanza el nivel 4 en al menos una subcompetencia al final del PGY-7.

Estas deficiencias se concentran en áreas frecuentemente abordadas durante los fellowships (por ejemplo, epilepsia, dolor, nervio periférico). Por tanto, los programas de residencia podrían necesitar aumentar la exposición en estas áreas o redefinir las expectativas de competencia.

Los autores recomiendan:

Intervenciones educativas dirigidas

Formación especializada en procedimientos Con el objetivo de asegurar que todos los residentes alcancen las competencias necesarias para una práctica independiente.

1)

## □ 1. Exceso Conceptual: La Competencia como Ficción Burocrática

Este estudio confunde la progresión numérica en una lista de verificación con la madurez neuroquirúrgica real. Los “milestones” se tratan como verdades objetivas, cuando en realidad son ficciones administrativas impuestas desde arriba por el ACGME para simular responsabilidad institucional.

La suposición implícita —que todo residente debe alcanzar un arbitrario “nivel 4” para considerarse competente— nunca se cuestiona. Los autores no exploran qué significa ese nivel, quién lo define ni si se corresponde con resultados clínicos significativos. En su lugar, presentan estadísticas descriptivas disfrazadas de interpretación significativa.

## □ 2. Superficialidad Metodológica: Cuando el Big Data Genera Conclusiones Vacías

A pesar de contar con acceso a una base de datos nacional, el análisis es pobremente descriptivo. No hay modelos de regresión, ni ajuste por variables de confusión, ni intentos de validación externa del sistema de hitos. El uso de comparaciones por pares y del índice varianza/media (VMR) añade ruido, no claridad.

La incapacidad de contextualizar los resultados dentro de las culturas de programa, el volumen quirúrgico o la variabilidad del profesorado hace que los hallazgos resulten educativamente vacíos.

## □ 3. Pantomima Educativa: El Ritual de Declarar Deficiencias

El hecho de que el 44,6% de los residentes no alcancen el nivel 4 se presenta como un fallo formativo, cuando en realidad es un fallo del sistema de evaluación.

Los autores parecen ignorar que no todos los residentes buscan especializarse en epilepsia o dolor, y aun así se les penaliza por no dominar esas subáreas. Esto revela una desconexión estructural entre la formación generalista y los estándares de subespecialidad.

Además, expone la soberbia de los modelos de formación basados en competencias: pretender comprimir el proceso impredecible de maduración quirúrgica en un guion burocrático.

## □ 4. Bucle de Retroalimentación del Eco Académico

En lugar de reflexionar críticamente sobre la validez del sistema del ACGME, los autores proponen —previsiblemente— más intervenciones, más evaluaciones, más “formación dirigida”. Es un bucle autorreferencial de optimismo burocrático, donde la respuesta a cada métrica fallida es reforzar aún más la métrica.

Ni una palabra sobre el burnout, la lesión moral o sobre si este sistema realmente forma mejores neurocirujanos—solo si produce más “nivel 4s”.

## □ Diagnóstico Final

Este artículo no carece de valor—es un ejemplo impecable de teatro educativo: altamente estructurado, científicamente ornamentado y completamente performativo.

Expone una crisis conceptual profunda en el corazón de la formación médica estadounidense: la creencia de que medir suficientes cosas con la frecuencia adecuada garantiza la competencia.

Si casi la mitad de los neurocirujanos egresados no alcanza los hitos establecidos, quizás el sistema de hitos —y no los residentes— sea el que debería estar en revisión.

1)

Khalid SI, Mehta AI, Atwal G, Hogan SO, Park YS, Charbel FT. A national study of neurosurgical residency competency development. J Neurosurg. 2025 Jun 20:1-7. doi: 10.3171/2025.4.JNS243272.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

[https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=es:reflective\\_practice](https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=es:reflective_practice)

Last update: **2025/06/21 06:37**

