

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN EN APARATO DIGESTIVO DE
TOMELLOSO

Elaborado por: Emilia María Tébar Romero FEA Aparato Digestivo.	Revisado por: Miembros de la Comisión de Docencia FSE de Tomelloso	Aprobado por: Comisión de docencia de FSE. Versión 1. 13 de Septiembre de 2023
--	---	--

1. Base legislativa.

- 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 contempla, en su artículo 15, que el sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (de ordenación de las profesiones sanitarias) implica la “asunción progresiva de responsabilidades” por parte del residente, así como un “nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista”. El citado artículo 15 del R.D. 183/2008, de 8 de febrero, en su punto quinto dice que “las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica”.

La 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 de tutor, señala, en el punto I.4 del Anexo (que corresponde al citado Acuerdo), que “corresponde a todas las comisiones de docencia, sin perjuicio de lo previsto en los artículos 8 y 10 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, [...] elaborar el protocolo de supervisión de los residentes en los términos establecidos en la legislación vigente”.

Atendiendo a estas órdenes, la comisión de Docencia de la UD FSE de Tomelloso ha elaborado un protocolo de supervisión de residentes.

Este protocolo atiende una normas básicas también contempladas en la legislación:

2. Normas generales de supervisión.

1-Todos los profesionales especialistas de la GAI de Tomelloso, junto con los responsables de los distintos Servicios/Unidades Docentes, lo son también de la tutela y supervisión de los especialistas en formación (Artículo 14 del RD 183/2008, en el que se establece “el deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes”).

2.- Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones susciten como consecuencia de dicha relación (artículo 15.2/RD 183/2008).

3.- La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada (artículo

15.3/RD183/2008). La supervisión en años sucesivos de residencia será realizada preferentemente por un especialista de presencia física.

4.- Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año (artículo 15.3/RD 183/2008).

5.- Cuando el adjunto de guardia esté localizado el residente no puede realizar las funciones de “especialista de guardia”, por tratarse de un profesional en formación. Este residente queda bajo la tutela directa del especialista de presencia física del Área Médica o Quirúrgica a la que pertenezca. Cuando el especialista localizado sea requerido para que acuda al Hospital su residente quedará bajo la tutela de éste.

6.- Tal y como se deriva de los puntos anteriores, la supervisión de los residentes de primer año nunca podrá depender de un residente mayor.

3. Grados de responsabilidad asistencial.

Cada actividad debe acompañarse de un grado de responsabilidad creciente y supervisión decreciente. Los grados de responsabilidad asistencial se clasifican:

– Nivel 3: RESPONSABILIDAD MÍNIMA Consiste en la observación por parte del residente, en ocasiones la participación como ayudante, el conocimiento y la comprensión de procedimientos y técnicas sin contar con experiencia práctica directa sobre los mismos. Así mismo incluye la adquisición de conocimientos teóricos en casos en que la experiencia práctica no es esencial. Este nivel se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

– Nivel 2. RESPONSABILIDAD MEDIA y SUPERVISIÓN DIRECTA. Realiza o dirige las exploraciones, técnicas y procedimientos y sus correspondientes informes bajo la supervisión de un especialista. Es decir, este nivel posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del especialista. Existe una TUTELA DIRECTA, es decir el residente actúa con INTERVENCIÓN TUTELADA.

– Nivel 1: RESPONSABILIDAD MÁXIMA y SUPERVISIÓN A DEMANDA. El residente llevará a cabo, o en su caso supervisará y/o dirigirá la realización de exploraciones y sus informes, así como de las distintas técnicas y procedimientos de la especialidad. Solicita supervisión si lo considera necesario, siempre debe poder establecer contacto con el profesional para las aclaraciones o toma de decisiones que puedan surgir. Es el nivel de responsabilidad más alto, permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una supervisión inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa

4. Nivel de responsabilidad por competencias y año de residencia.

COMPETENCIAS ESENCIALES: COMUNICACIÓN	Nivel de responsabilidad			
	R-1	R-2	R-3	R-4
Presentarse al paciente y/o familiares	1	1	1	1
Informar al paciente y a familiares de forma clara y concisa	3/2	2/1	1	1
Realizar una correcta entrevista clínica: parte introductoria, parte exploratoria y resolutive	3/2	2/1	1	1
Manejo del paciente difícil	3/2	3/2	2/1	1
Dar malas noticias	3	3/2	2/1	1
Comunicación con grupos que presentan barreras idiomáticas	3/2	2/1	1	1
Conocer y manejar técnicas de entrevista clínica: empatía, asertividad, lenguaje no verbal, etc.	3/2	2/1	1	1

COMPETENCIAS ESENCIALES: BIOÉTICA	Nivel de responsabilidad			
	R-1	R-2	R-3	R-4
Conocimiento de los principios básicos de la bioética	1	1	1	1
Conocer y aplicar los conceptos de confidencialidad y secreto profesional	1	1	1	1
Conoce y aplica éticamente: El consentimiento informado, La capacidad del paciente para tomar decisiones El deber de no abandono El uso racional de los recursos El trabajo en equipo Las relaciones interprofesionales intranivel e internivel. Las relaciones con la industria farmacéutica Las actividades preventivas El paciente difícil Dar malas noticias Anticoncepción postcoital y aborto	2/1	2/1	1	1
Manejo ético de las decisiones de un mayor de edad dependiente y de un menor de edad	3/2	2/1	1	1
Voluntades anticipadas	3/2	2/1	1	1

COMPETENCIAS CLÍNICAS	Nivel de responsabilidad			
	R-1	R-2	R-3	R-4
Manejo de los pacientes hospitalizados	3	2	2/1	1
Respuesta de las interconsultas realizadas de pacientes hospitalizados	3	2	2/1	1
Tratamiento de los pacientes que acuden a urgencias por problemas digestivos	3	2	2/1	1
Manejo de los pacientes atendidos en consultas externas de digestivo				2/1
Realización de ecografías digestivas			2	1/3
Realización de endoscopia digestiva		3	2/1	1/2

Realización de pruebas funcionales				1/2
------------------------------------	--	--	--	-----

COMPETENCIAS EN FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Nivel de responsabilidad			
	R-1	R-2	R-3	R-4
Conocimiento de los diferentes instrumentos de metodología docente para adquirir conocimientos, habilidades y actitudes profesionales	3/2	2	1	1
Identifica las necesidades de más importancia de información científica de calidad formulando adecuadamente las preguntas	3	2	2/1	1
Conoce las estrategias de búsqueda de las principales bases de datos bibliográficas (Medline, Librería Cochrane...) y las sabe utilizar	3/2	2	1	1
Realiza una lectura crítica de trabajos científicos y es capaz de tomar decisiones sobre su validez, importancia y aplicabilidad	3	3/2	2/1	1
Conoce las características y aplicaciones de las Guías de Práctica Clínica para la consulta de atención primaria	3/2	2	1	1
Realiza sesiones clínicas de calidad contrastada	3/2	2	2/1	1
Posee los conocimientos y habilidades necesarias para plantear/diseñar un trabajo de investigación en relación con su práctica (objetivo, tipo de diseño, población, muestra, técnicas de muestreo, variables de estudio)	3	3/2	2/1	1
Conoce las normas de publicación de las principales revistas en atención primaria y el procedimiento a seguir para los autores de un original	3	2	2/1	1
Presenta, de forma metodológicamente correcta, los resultados de la investigación en forma de comunicación a un congreso (oral o póster)	3/2	2	2/1	1
Colabora en algún proyecto de investigación en curso	3	2	2/1	1
Participa en la elaboración del Programa Formativo de la Unidad Docente	3/2	2	2/1	1
Actúa como a docente en actividades formativas programadas por la Unidad Docente	3	2	2/1	1

5. Descripción contextualizada de la supervisión por año de residencia

5.1 Residentes de primer año. R-1

El residente de primer año permanecerá junto a su tutor o adjunto asignado en caso de rotación hospitalaria en todas las actividades asistenciales, preventivas o de otra índole que éste desarrolle durante la jornada laboral, con supervisión directa de presencia física en todo momento.

En caso de ausencia del tutor (adjunto asignado, o si éste así lo decide por cuestiones formativas, el residente podrá permanecer con otro tutor o colaborador docente, que asumirá la supervisión de presencia física del residente en ausencia del primero.

En las rotaciones en las que haya residentes mayores de la especialidad, el residente podrá permanecer con éstos si así lo determina el colaborador docente, para que éstos le transmitan las competencias previamente aprendidas

Bajo supervisión siempre física de su tutor o colaborador docente hospitalario, tanto en consulta, en el área de hospitalización y durante las urgencias ocurridas en horario laboral, el residente podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a la anamnesis y la exploración, podrá proponer y discutir la solicitud de pruebas complementarias y la instauración o modificación de tratamientos,

Durante la atención continuada, la supervisión será la misma, física en todo momento. Progresivamente, después del primer mes, podrá atender sólo a los pacientes sin supervisión física, pero en ningún caso dará un alta sin supervisión de las mismas ni las firmará sólo, lo cual incluye por supuesto el periodo nocturno.

Los R-1 no podrán firmar un parte de lesiones ni están autorizados a solicitar la valoración de un paciente por un especialista ni a solicitar exploraciones radiológicas sin el conocimiento expreso del adjunto.

5.2 Residentes de segundo año. R-2

El residente de segundo año el residente tendrá siempre a disposición a su tutor/tutor de apoyo o colaborador docente en el caso de las rotaciones por otros servicios, debiendo estar presente el médico responsable, salvo decisión expresa y ocasional de éste.

En las urgencias, el residente acompañará a su tutor/colaborador docente asignado.

En la atención continuada el residente ya debe haber adquirido competencias que les permitan autonomía en la atención de pacientes, sólo en caso de necesitarlo o para aclarar o confirmar juicios clínicos o conductas a seguir deberán solicitar que los vea el adjunto responsable. No será necesario ya el visado de las altas por escrito. Todo esto, sin perjuicio de que por decisión del adjunto y con acuerdo previo, la supervisión sea más estrecha.

En la realización de endoscopias, el residente comenzará su formación básica y las realizará siempre a bajo supervisión directa y física del tutor/colaborador; cediendo la realización de terapéutica y las endoscopias más complicadas al tutor/colaborador.

5.3 residentes de tercer año. R-3

NO es necesaria, si aconsejable la supervisión física durante la práctica clínica diaria, aunque el tutor/colaborador docente estará en todo momento localizable para las posibles dudas que le puedan ir surgiendo al residente a los largo de la mañana y revisarán de forma conjunta los juicios clínicos, decisiones terapéuticas y las pruebas complementarias solicitudes de valoración especializada solicitadas.

En las urgencias sigue siendo necesaria la participación conjunta de tutor/colaborador docente y residente.

En la atención continuada (hospitalización-planta), el grado de autonomía será mayor, al menos en los procesos habituales en los que ya se ha acumulado experiencia o destreza suficiente, será necesario sin embargo la supervisión directa en los casos complicados o graves. En cualquier caso, el residente siempre tendrá localizable adjunto responsable para comentar dudas y confirmar juicios o actitudes terapéuticas.

En cuanto a la realización de endoscopias, el residente comenzará a realizar terapéutica básica y a la realización de urgencias gastroenterológicas, siempre con supervisión física de un tutor/docente.

5.4 Residentes de cuarto año R-4

Los residentes de cuarto año si el tutor los considera adecuado podrán pasar consulta sólo en final de su periodo formativo, pudiendo emitir las correspondientes recetas. Es conveniente que el tutor esté siempre accesible para poder ser consultado en caso de necesidad.

En cuanto a la atención continuada el residente puede llegar a ser completamente autónomo, siempre que el facultativo responsable de la guardia así lo considere y acepte. En cualquier caso, cuando se trate de un problema importante, el residente mantendrá informado al médico de guardia de sus actuaciones. En cualquier caso, todo residente mayor, independientemente de su experiencia tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los médicos de guardia, quienes tienen la obligación de prestársela.

En cuanto a la realización de endoscopias, el residente podrá realizar endoscopias básicas (tanto diagnóstica como terapéutica) sólo, con un tutor/docente siempre accesible; siendo supervisado físicamente en urgencias-emergencias gastroenterológicas y en endoscopias más complejas (tanto diagnóstica como terapéutica).