

Protocolo de supervisión de residentes de M. Interna
Unidad Docente de Medicina Interna. GAI de Tomelloso.



Elaborado por:
Modesto M. Maestre Muñoz. FEA
M. Interna

Revisado por:
Componentes de la Comisión
de Docencia de FSE
Tomelloso

Aprobado por:
Comisión de Docencia de FSE
de Tomelloso
Versión 1. 13 de septiembre de
2024

Índice.

	Página
1- Objetivo del protocolo	3
2- Ámbito de aplicación	3
3- Base reguladora	3
4- Normas generales de supervisión	4
5- Definición de niveles de supervisión y grados de responsabilidad.	5
6- Descripción del nivel de supervisión-grados de responsabilidad por competencias y año de residencia.	6
6.1- Residentes de primer año R-1.	9
6.2- Residentes de segundo año R-2.	10
6.3- Residentes de tercer año R-3.	10
6.4- Residentes de cuarto año R-4.	11
6.5- Residentes de quinto año R-5	11

1- Objetivo del protocolo

Describir el grado de responsabilidad a adquirir en las distintas actividades asistenciales que desarrollen los residentes.

Describir el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes.

El protocolo debe ser conocido por todos los residentes de la especialidad y por todos los profesionales asistenciales de las diferentes áreas donde se forman los residentes.

Este documento estará disponible para consulta en blog de docencia de la unidad Docente de FSE y en la intranet del centro.

2- Ámbito de aplicación

Este protocolo de supervisión es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada de Medicina Interna en la GAI de Tomelloso.

Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en nuestra Unidad Docente como a aquellos, llegado el caso, de unidades docentes externas que se encuentren realizando una rotación, debidamente autorizada, a nuestra unidad docente.

3- Base reguladora

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales así como con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos

- 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”.

4- Normas generales de supervisión.

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

1ª-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”).

2ª.- 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).

3ª.- 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.

4ª.- 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).

5ª.- A partir del segundo año, la supervisión será progresivamente decreciente.

A estos efectos, el/la tutor/a del/la residente podrá impartir, tanto a este/a como a los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión requerida por los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

En todo caso, el/la residente tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios y podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

6ª.- 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.

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

5- Definición de los niveles de supervisión y grados de responsabilidad.

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales, va a depender de las competencias y experiencia adquiridas por el residente, que vienen dadas en su mayor parte por el año de la residencia en el que se encuentren. Además, es un factor determinante, la dificultad de la actividad a realizar. De ellos derivan el nivel de supervisión que va a requerir el residente en muy estrecha relación con el grado de responsabilidad que debe asumir.

Nivel 3. Supervisión alta. Responsabilidad mínima.

El/la residente tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero no experiencia. El/la residente observa y ayuda al especialista de plantilla que es quien realiza la actividad o el procedimiento.

Nivel 2. Supervisión media

El/la residente tiene suficiente conocimiento pero no la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. El/la residente realiza la actividad o el procedimiento bajo supervisión directa* del especialista responsable.

Nivel 1. Supervisión baja o a demanda

Las competencias adquiridas permiten al/la residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa. El/la residente ejecuta y luego informa al especialista responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

*Supervisión directa: Significa que el especialista que está supervisando al/la residente conoce lo que hace, interviene cuando lo considera necesario y responde a sus consultas o demandas de intervención. La supervisión directa, no implica necesariamente que el especialista esté de presencia física durante toda la actividad o el procedimiento.

Para las actividades de nueva realización, se establece siempre el Nivel de Supervisión máxima al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

Cuando un/a residente no alcanza las competencias necesarias para progresar en su formación, no se puede disminuir el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, debiéndose notificar este hecho al tutor/a del/la residente, que podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se compruebe que la progresión del/la residente garantiza la calidad de la formación.

6- Descripción del nivel de supervisión-grados de responsabilidad por competencias y año de residencia.

COMPETENCIAS ESENCIALES: COMUNICACIÓN	Nivel de supervisión				
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
Presentarse al paciente y/o familiares	1	1	1	1	1
Informar al paciente y a familiares de forma clara y concisa	3/2	2/1	1	1	1
Realizar una correcta entrevista clínica: parte introductoria, parte exploratoria y resolutive	3/2	2/1	1	1	1
Manejo del paciente difícil	3/2	3/2	2/1	1	1
Dar malas noticias	3	3/2	2/1	1	1
Comunicación con grupos que presentan barreras idiomáticas	3/2	2/1	1	1	1
Conocer y manejar técnicas de entrevista clínica: empatía, asertividad, lenguaje no verbal, etc.	3/2	2/1	1	1	1

COMPETENCIAS ESENCIALES: BIOÉTICA	Nivel de supervisión				
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
Conocimiento de los principios básicos de la bioética	1	1	1	1	1
Conocer y aplicar los conceptos de confidencialidad y secreto profesional	1	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	1
Manejo ético de las decisiones de un mayor de edad dependiente y de un menor de edad	3/2	2/1	1	1	1
Voluntades anticipadas	3/2	2/1	1	1	1

COMPETENCIAS EN FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Nivel de supervisión				
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
Conocimiento de los diferentes instrumentos de metodología docente para adquirir conocimientos, habilidades y actitudes profesionales	3/2	2	1	1	1
Identifica las necesidades de más importancia de información científica de calidad formulando adecuadamente las preguntas	3	2	2/1	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	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	1
Conoce las características y aplicaciones de las Guías de Práctica Clínica	3/2	2	1	1	1
Realiza sesiones clínicas de calidad contrastada	3/2	2	2/1	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	2/1	1

COMPETENCIAS EN FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (cont)	Nivel de Supervisión				
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
Conoce las normas de publicación de las principales revistas de M. Interna y el procedimiento a seguir para los autores de un original	3	2	2/1	1	1
Presenta, de forma metodológicamente correcta, los resultados de la investigación en forma de comunicación a un congreso (oral o póster)	3	2	2/1	1	1
Colabora en algún proyecto de investigación en curso	3	3/2	2	2/1	1
Participa en la elaboración del Programa Formativo de la Unidad Docente	3	3/2	2/1	1	1
Actúa como docente en actividades formativas programadas por la Unidad Docente	3	3/2	2/1	1	1

COMPETENCIAS CLÍNICAS GENERALES M. INTERNA	Nivel de supervisión				
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
Realizar un entrevista clínica al paciente ingresado	2/1	1	1	1	1
Elaborar un adecuado diagnóstico diferencial sindrómico y un diagnóstico de presunción.	2/1	1	1	1	1
Saber indicar e interpretar el resultado de exploraciones complementarias.	3/2	2/1	1	1	1
Colocación de vías venosas periféricas	2/1	1	1	1	1
Saber las indicaciones y poder realizar con éxito las principales técnicas en medicina interna (toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, colocación de vías centrales...)	3	2	2/1	1	1
Ser capaz de apoyar el diagnóstico de presunción si procede, mediante el uso ecografía clínica.	3	3/2	2	2/1	1
Saber plantear opciones terapéuticas en cada caso	2/1	1	1	1	1
Manejo de complicaciones durante el ingreso					
Conocer los criterios de ingreso, de derivación a otros centros, de observación.	3/2	2/1	1	1	1
Manejo de las alternativas convencionales a la hospitalización	3	3/2	2	1	1
Capacidad de manejo del paciente con trastornos severos-críticos	3	3/2	2	1	1
Capacidad de asistencia en planta.	3	2	2	2/1	1
Capacidad de enfoque diagnóstico en consulta			2/1	1	1
Manejo de los recursos diagnósticos y los tiempos en consulta			2/1	2/1	1
Gestión de incidencias y problemas puntuales en consulta			2	2/1	1
Capacidad de asistencia en consulta.			2	2/1	1
Utilización del hospital de día y de las terapias utilizadas.			2	2/1	1
Capacidad para actuar como interconsultor de otras especialidades			3/2	2/1	1

COMPETENCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS	Nivel de supervisión				
	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5
Realizar una ecocardiografía		3/2	2	1	1
Cardioversión eléctrica	3	3/2	2	2/1	1
Conocer las indicaciones y manejo de la ventilación mecánica no invasiva	3	2	2/1	1	1
Valoración mediante ecografía clínica de la enfermedad tromboembólica de miembros inferiores.	3	2	2/1	1	1
Realización de terapia trombolítica en el ictus, TEP y el IAM	3	3/2	2	1	1
Intubación orotraqueal		3/2	2	2/1	1
Reanimación cardiopulmonar avanzada	3/2	2	2	2/1	1
Conocer indicaciones y realización de artrocentesis mínimo de rodilla, hombro, tobillo y muñeca	3	2	2/1	1	1
Conocer las indicaciones y manejo de la sedoanalgesia paliativa	3	2	2/1	1	1
Conocimiento del proceso de eutanasia		3	3/2	2/1	1

6.1- Residentes de primer año. R-1

El residente de primer año permanecerá junto a su tutor o adjunto asignado 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, cuando haya residentes mayores de la especialidad, el residente podrá permanecer con éstos si así lo determina el colaborador docente, para que sean ellos los que le trasmitan las competencias previamente aprendidas.

Bajo supervisión siempre física de su tutor o colaborador docente hospitalario, tanto 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, guardias, la supervisión será la misma, física en todo momento durante el primer mes, después de éste podrá atender sólo con supervisión directa a los pacientes no complicados, en el área de consultas de urgencias, hasta el séptimo mes. A partir de entonces, esta actividad se alternará con la asistencia a pacientes en “BOXES” de urgencias, aunque con supervisión directa de facultativos y con responsabilidad media-baja. En ningún caso podrá altas 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.

6.2- Residentes de segundo año. R-2

El residente de segundo año, sobre todo a partir del segundo semestre, no precisa presencia física del Tutor/colaborador docente para la actividad habitual, interacción con el paciente de planta no complicado en el día a día, sin embargo, tendrá siempre a disposición a su tutor o colaborador. En caso de pacientes complejos, con complicaciones agudas o para los que la interacción con ellos o la familia sea complicada, requerirán de la presencia física del tutor o colaborador docente. En el caso de las técnicas realizadas en M. Interna, tras sentar su indicación de forma consensuada con su tutor/colaborador docente, puede intentar su realización aunque con la presencia física del mismo.

En las guardias de urgencias, puede atender a pacientes en boxes de urgencias y en observación de urgencias sin necesidad estricta de presencia física del adjunto, salvo para la realización de técnicas o procedimientos. El adjunto, en cualquier caso, debe estar siempre disponible para la consulta o ayuda. Todo esto, sin perjuicio de que por decisión del adjunto y con acuerdo previo, la supervisión sea más estrecha.

En las guardias de planta, el residente podrá realizar la historia clínica del paciente interconsultado desde urgencias, procediendo a la anamnesis y la exploración, podrá proponer y discutir la solicitud de pruebas complementarias y la instauración o modificación de tratamientos, pero éstos deberán ser discutidos y consensuados siempre con el adjunto. En la atención a la demanda urgente desde planta, el residente estará acompañado del adjunto o residente mayor, salvo para la resolución de cuestiones que éstos consideren triviales.

6.3- Residentes de tercer año. R-3

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

En el caso de rotaciones y en el manejo de pacientes complejos o diagnósticos o procedimientos nuevos, la supervisión será más estrecha, siendo aconsejable, no obligatoria una supervisión física.

En las urgencias, 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. El residente no atenderá a urgencias vitales solo, siempre precisará de la presencia de un adjunto. En las guardias de planta, el residente tiene más autonomía en la atención de la demanda urgente desde planta, aunque deberá como mínimo informar al adjunto de sus decisiones y consensuar actitudes con éste. El adjunto igualmente estará disponible en todo momento para las dudas que puedan surgir al residente, incluido por supuesto el horario nocturno.

6.4- Residentes de cuarto año R-4

Los residentes de cuarto año, deben ser autónomos en el manejo de pacientes y procedimientos que ya dominen y para los que hayan acumulado suficiente experiencia, de nuevo, el tutor/colaborador docente estará en todo momento localizable para las posibles dudas que le puedan ir surgiendo al residente durante el día y revisarán de forma conjunta, si así lo demanda el residente, los juicios clínicos, decisiones terapéuticas y las pruebas complementarias.

En el caso de las rotaciones fuera de la unidad, se aconseja un grado de autonomía menor, siendo la mejor vía de aprendizaje la valoración y discusión conjunta de los juicios clínicos, procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas. Será necesaria además una tutorización más estrecha al menos inicialmente en las actuaciones como interconsultor.

En las guardias de observación, el residente actuará de forma semiautónoma, con supervisión sólo a demanda, será capaz de manejar pacientes más complejos sin supervisión directa, incluso el manejo de pacientes gravemente enfermos, salvo casos puntuales donde por decisión del adjunto o por solicitud del residente precise de ayuda o supervisión más estrecha.

En planta de hospitalización, actuará de igual modo de forma semiautónoma con supervisión a demanda. En ambos ámbitos, tiene capacidad de decidir ingresos y altas, aunque éstas con el consentimiento del adjunto.

6.5- Residente de quinto año R-5

De forma general el residente mayor debe ser capaz de actuar de forma autónoma en todos los ámbitos de actuación de la especialidad. No obstante, es conveniente que el tutor esté siempre accesible para poder ser consultado en caso de necesidad. En el segundo semestre de este año, tendrá pacientes asignados como un adjunto más

En las guardias, el residente puede llegar a ser completamente autónomo, siempre que el facultativo responsable de la guardia así lo considere y acepte, sin embargo, cuando se trate de un problema

importante, complejo o grave, el residente mantendrá informado al adjunto 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 y solicitar ayuda y consejo al tutor, colaboradores o médicos de guardia durante las mismas, y éstos, tienen la obligación de prestársela.

Las urgencias vitales, son atendidas siempre, salvo situaciones excepcionales, por dos médicos con capacidad para resolverlas.