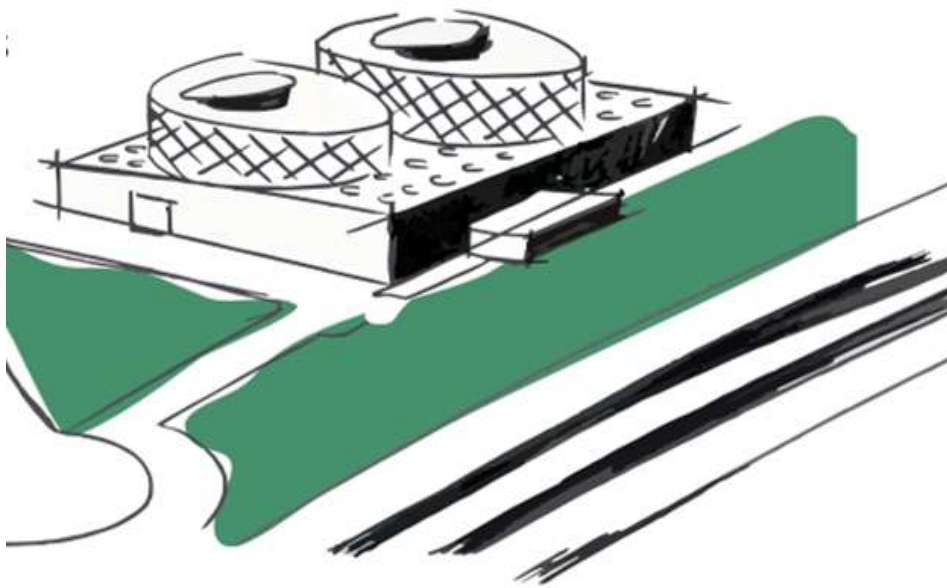


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN NORMATIVA MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA



Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia en su reunión de 18 de diciembre de 2019

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Septiembre 2014	Versión Inicial
1	Octubre 2017	Revisión y Actualización del Documento
2	Abril 2019	Revisión del Documento.
3	Diciembre 2019	Revisión del Documento

INDICE

1.INTRODUCCIÓN	2
2. NORMATIVA APLICABLE	2
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION.....	3
4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	4
4.1. Definición de los niveles de Supervisión	4
4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.....	5
4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa	5
4.4. Asistencia a pacientes en guardias.	5
4.5. Asistencia a pacientes en quirófano	5
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	5
6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES	6
7. ANEXOS.....	6
Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en (Indicar el área asistencial)	6



1. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) tiene desde su comienzo como objetivo principal el impartir una docencia de calidad a los facultativos residentes que se formen en nuestro centro basada en el principio de la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad. Por ellos se ha intentado formalizar todas las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

En febrero de 2008 se publicó el **Real Decreto 183/2008**, en el que se especifican los aspectos formativos, durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, haciendo especial hincapié en los aspectos relativos al **grado de supervisión** de los futuros especialistas y asumiendo que el residente irá adquiriendo una responsabilidad progresiva según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos, de tal manera que, si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un **descenso** progresivo de la supervisión realizada por los tutores, supervisores y los facultativos responsables, a fin de alcanzar al final del periodo de residencia la autonomía completa, pudiendo iniciar su etapa laboral como especialistas de manera segura y con un alto nivel de cualificación.

El mencionado Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención a los relativos a áreas asistenciales significativas. Es por ello que desde la Comisión de Docencia se ha propuesto introducir como objetivo docente, tanto para los tutores como para la propia Comisión, la realización de unos protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

2. NORMATIVA APLICABLE

El presente protocolo de supervisión se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del conjunto de dispositivos del HURJC a la siguiente normativa:

- **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 (punto primero), 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 en la especialidad y 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*”.
- **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 del tutor.

- **REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre**, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- **LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**: Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas. Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves. (VER ANEXO I)
- **Orden SSI/81/2017, de 19 de enero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- **Resolución de 21 de marzo de 2018**, corregida **el 3 de julio de 2018**, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION

La supervisión de los residentes de la especialidad de Otorrinolaringología se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008. Dichos principios generales se resumen en los siguientes:

1. En primer lugar, el Real Decreto en su Capítulo V, artículo 14 reconoce **el deber general de supervisión** como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
2. **La responsabilidad del residente deberá ser progresiva**: “Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y 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”.
3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
4. **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 por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. **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.**
5. **La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo.** A estos efectos, el tutor del residente

podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en el dispositivo en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El **objetivo** de la formación médica especializada es el de dotar a los profesionales de conocimientos técnicos habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (LOPS, artículo 15.2). El especialista en formación debe adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando (RD 183/2008, artículo 1).

4.1. Definición de los niveles de Supervisión

En la tabla aparecen recogidos los 3 niveles de supervisión (de menor a mayor supervisión), así como las actividades a realizar por el médico residente, que será de aplicación y obligado cumplimiento para los conocimientos y habilidades a adquirir durante su periodo formativo en la atención continuada.

Niveles de supervisión establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del HURJC.

La Supervisión del Residente será SIEMPRE responsabilidad del facultativo adjunto al cargo, y en ningún caso dicha responsabilidad corresponderá a otro residente en formación.

Nivel de Supervisión	Valoración
Nivel 1: Nivel de menor supervisión	Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y, posteriormente, informa.
Nivel 2: Nivel de supervisión intermedia	Actividades realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable
Nivel 3: Nivel de mayor supervisión	Actividades realizadas por el facultativo especialista observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente, que carece de responsabilidad y, exclusivamente actúa como observador o asistente

Los objetivos docentes a los que aplicaremos los niveles de supervisión están detallados en la guía docente año a año.

4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización

- R1: Las actividades asistenciales en los pacientes ingresados seguirán criterios de Nivel 3, realizadas en su totalidad por el facultativo responsable, si bien se procurará que tras varios meses de formación pueda pasar a Nivel 2 en caso de curas simples o de cambios de cánula de traqueotomía no complejos.
- R2 y R3. La actividad seguirá nivel 2.
- R4. La actividad seguirá nivel 1

Todos estos niveles estarán supeditados al criterio individualizado del facultativo responsable.

4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa

- R1. La actividad seguirá nivel 3 durante los primeros meses de la formación, pasando a nivel 2 en la consulta general, al criterio del responsable en cada momento.
- R2 y R3. La actividad seguirá nivel 2.
- R4. La actividad seguirá nivel 1.

4.4. Asistencia a pacientes en guardias.

La actividad en la guardia requerirá SIEMPRE la supervisión por parte del adjunto al cargo, sea del propio servicio o en su caso por parte de otro adjunto de otro servicio de guardia responsable en ese momento.

- R1. La actividad seguirá nivel 3 durante los primeros meses de la formación, pasando a nivel 2 en la consulta general, al criterio del responsable en cada momento.
- R2 y R3. La actividad seguirá nivel 2.
- R4. La actividad seguirá nivel 1.

4.5. Asistencia a pacientes en quirófano

- R1. La actividad seguirá nivel 3 durante los primeros meses de la formación, pasando a nivel 2 en la consulta general, al criterio del responsable en cada momento.
- R2 y R3. La actividad seguirá nivel 2.
- R4. La actividad seguirá nivel 1.

5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

Los **facultativos** deben ejercer las siguientes funciones:

- Durante los primeros años de formación del residente, el facultativo debe orientar al residente en los casos a seguir en su formación, así como indicarle

las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento, basadas en su mayor conocimiento y experiencia. En los últimos años de formación, la labor del facultativo pasa a ser de supervisión indirecta, estando siempre disponible como consultor o para intervenir en caso de apreciar que la situación supera las capacidades del residente en ese momento.

- Durante los primeros años de formación, el especialista debe supervisar de forma directa todas las actuaciones del residente. Según va adquiriendo éste experiencia y habilidad, el facultativo puede pasar a realizar una supervisión indirecta, principalmente en la toma de decisiones en el pase de visita de los pacientes ingresados o en la atención del paciente en Consultas Externas. El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento invasivo sobre un paciente. Igualmente debe contactar con él en caso de duda diagnóstica o terapéutica.

6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Existen circunstancias especiales que requieren una supervisión especial a definir en cada momento por alguna de los siguientes figuras:

- Jefe de Servicio
- Tutor de Residentes
- Adjunto responsable del Residente en la circunstancia que concurra.
- Jefe de la Guardia
- Dirección Médica

Estas circunstancias pueden incluir:

- Traslados de centro
- Catástrofes naturales o situaciones de accidente múltiple
- Situaciones de riesgo para la Salud Pública
- Necesidad de informar a autoridades judiciales
- Situaciones de especial gravedad determinadas por el personal facultativo al cargo.

7. ANEXOS

Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en *(Indicar el área asistencial)*

Detallar actos asistenciales en esta área asistencial más relevantes indicando el nivel de supervisión teniendo en cuenta que en los residentes de Primer año se debe garantizar la supervisión de presencia física del residente (Niveles 2 ó 3).

	R1	R2	R3	R4-5
Trato y tratamiento: Presentarse e información a familiares y enfermo	2	1	1	1
Trato y tratamiento: Comunicación de malas noticias	3	2	1	1

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta	3	1	1	1
Exploración física general y específica según la orientación clínica	3	1	1	1
Valoración de la gravedad de un paciente	3	2	1	1
Evaluación del estado mental de paciente	3	2	1	1
Monitorización de un paciente urgente	3	2	1	1
Decisión del destino del enfermo de urgencias	3	3	2	1
Utilización racional e interpretación de las pruebas complementarias básicas	3	2	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	3	2	1	1
Solicitud de interconsulta a especialistas	3	2	1	1
Realización de técnicas diagnósticas (paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, accesos)	3	2	1	1
Sondaje nasogástrico	3	2	1	1
Manejo del paciente portador de traqueotomía	3	2	1	1
Utilización de principales fármacos de la urgencia	3	1	1	1
Uso racional de antibióticos y fármacos	3	2	2	1
Valoración inicial del politrauma	3	2	2	1
RCP básica	3	1	1	1
RCP avanzada y soporte ventilatorio no invasivo	3	3	2	1
Otología: Anamnesis y exploración física de pacientes con patología otológica y neuro-otológica	3	2	1	1
Otología: Extracción de tapones de cerumen, cuerpos extraños	2	1	1	1
Otología: Conocimiento y realización supervisada de pruebas audiológicas y vestibulares	3	2	1	1
Otología: Iniciación en la consulta de equilibrio y posturografía	3	2	2	1
Otología: Miringotomía y colocación de DTT	3	2	1	1
Otología: Timpanoplastia	3	3	2	1
Otología: Cirugía de oído medio	3	3	2	1
Rinología: Anamnesis y exploración física del paciente con patología nasosinusal	3-2	1	1	1
Rinología: Taponamiento nasal anterior con diferentes materiales, así como conocimiento de diversos taponamientos nasales	3	2	1	1
Rinología: Reducción de fracturas nasales	3	2	1	1
Rinología: Septoplastia	3	2	1	1
Rinología: Cirugía Endoscópica Nasosinusal	3	3	2	2
Rinología: Cirugía plástica y reparadora	3	3	2	2
Laringe y Cuello: Anamnesis del paciente con patología cervical y faringolaríngea.	3	1	1	1
Laringe y cuello: Exploración física completa, con manejo de ópticas para visualización laringea	3	2	1	1
ópticas para visualización laríngea				

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Laringe y cuello: Traqueostomía	3	2	1	1
Laringe y cuello: Adenoamigdalectomía	3	2	1	1
Laringe y cuello: Microcirugía Endolaríngea	3	2	2	1
Laringe y cuello: cirugía cervical no oncológica	3	2	2	1
Laringe y cuello: Cirugía oncológica cervical y faringo-laríngea	3	3	2	1
Laringe y cuello: cirugía parotídea	3	3	2	2
Laringe y cuello: cirugía tiroidea	3	3	2	2

