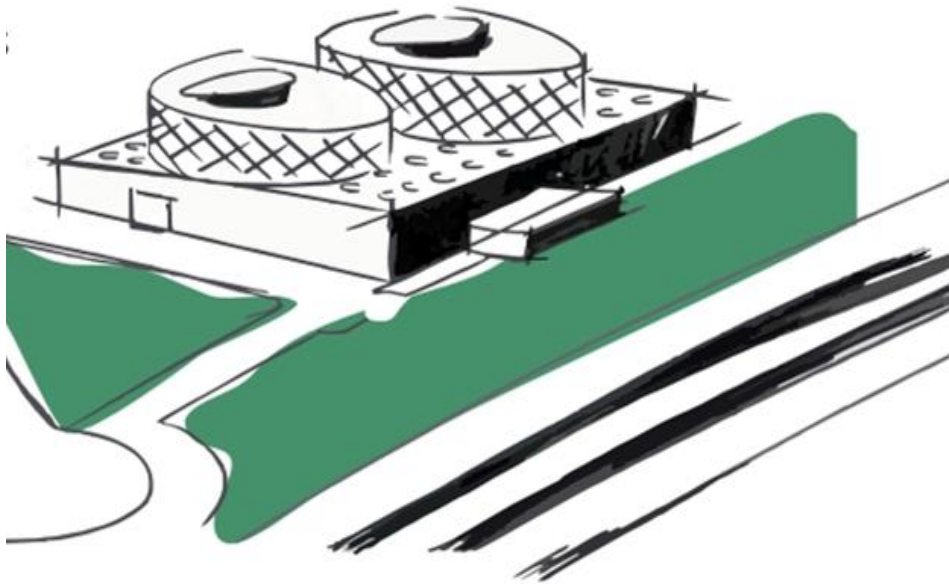


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE GERIATRÍA



Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Abril 2019	Revisión del Documento y Aprobación por la Comisión de Docencia.
1	Diciembre 2019	Revisión del Documento y Aprobación por la Comisión de Docencia.
2	Mayo 2026	Revisión documento

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	3
2. NORMATIVA APLICABLE	3
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN.....	4
4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	5
➤ Definición de los niveles de Supervisión	5
➤ Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización	6
➤ Asistencia a pacientes en consulta externa.....	6
➤ Asistencia a pacientes en guardias.....	6
➤ Residente de primer año	8
➤ Residente de segundo año	9
➤ Residente de tercer año:	10
➤ Residente de cuarto año.	10
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	11
6. ANEXO; Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Hospitalización:	13

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 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 y supervisores 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.
- **Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo**, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental..
- **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 SUPERVISIÓN

La supervisión de los residentes de la especialidad de Enfermería Geriátrica 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:

- 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.
- **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”.
- 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.
- **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.**
- **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 enfermera especializada es el de dotar a los profesionales de conocimientos técnicas 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).

➤ 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 enfermero 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.

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

➤ **Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización**

El residente de Geriátría será asignado a un adjunto responsable en cada periodo de rotación, con el fin de que aprenda el manejo global y la patología específica que lleva cada adjunto. Como indica la Comisión Nacional de la Especialidad, debe tener a su cargo, con responsabilidad paulatinamente creciente unas 6-8 camas, debiendo estar supervisado siempre por un Médico de Plantilla. La misión del residente durante su estancia en esta área será la realización de la Historia Clínica, Exploración física, el planteamiento de un diagnóstico inicial y establecimiento de una estrategia de estudio, así como de un plan terapéutico, elaborando cuando esté capacitado para ello, el informe de alta. Todo esto se hará con la adecuada supervisión del médico de plantilla (inicialmente supervisión total y de presencia física y luego a demanda).

➤ **Asistencia a pacientes en consulta externa**

Como recomienda el POE a lo largo de su periodo formativo, el residente dedicará un periodo de su formación a la atención en consulta externa, atendiendo inicialmente enfermos nuevos y posteriormente nuevos y revisiones. Su consulta será la correspondiente al médico de plantilla al que esté adscrito, bajo la supervisión del mismo, lo que le permitirá rotar por las consultas monográficas existentes en la especialidad de Geriátría. En el último periodo de residencia podrá tener, una consulta 'monográfica' del residente, supervisada por el tutor de residentes, donde verá, al menos un día a la semana pacientes con supervisión a demanda. La necesidad de dar continuidad al seguimiento de estos pacientes determinará la estructura de esta consulta que estará asignada a los facultativos a los que esté asignado el residente en los últimos años.

➤ **Asistencia a pacientes en guardias.**

La Unidad de Urgencias del HURJC ofrece continuidad asistencial, con una visión continúa y compartida del trabajo asistencial, en la que intervienen múltiples profesionales, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el paciente. El fin último de la Unidad de Urgencias es atender a cualquier ciudadano que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia. Los recursos humanos asignados están constituidos por:

- Personal Facultativo: Médicos de plantilla y cuando los haya Médicos
- Internos Residentes.
- Personal Sanitario No Facultativo: Diplomados Universitarios en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.
- Personal No Sanitario: Administrativos, Celadores, Personal de Seguridad y
- Personal de Limpieza.

Estos recursos humanos constituyen un equipo de trabajo para la atención y cuidados de los pacientes y familiares que acuden a la Unidad de Urgencias, siendo responsabilidad común a todos los miembros del equipo procurar agilizar el proceso asistencial y evitar demoras y esperas innecesarias.

Los médicos adjuntos de guardia poseen un busca de localización (número: 50873) para facilitar su accesibilidad, tanto a otros facultativos como a residentes, en todo momento.

Los Médicos Internos Residentes (MIR), durante su permanencia en la Unidad de Urgencias, se considerarán, a todos los efectos, adscritos funcionalmente a esta Unidad.

Durante su período de guardia en urgencias, no tendrán obligaciones asistenciales ni científicas en sus servicios de origen, ni sobre pacientes hospitalizados, salvo situaciones previamente definidas.

El jefe de urgencias, el tutor de residentes y, en su ausencia, los facultativos de guardia, son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los médicos en formación en la Unidad de Urgencias, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los médicos en formación.

Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor y Jefe de Servicio y, si éstos lo consideran oportuno, a la Comisión de Docencia. Los puntos de asistencia durante las guardias, en el Área Médica, serán:

- Área de emergencias y RCP, con capacidad para dos pacientes críticos simultáneos (Box Vital 1 y Box Vital 2). Permite la atención inmediata y eficiente de las emergencias (Nivel 1), incluida la Parada Cardiorrespiratoria (PCR), detectadas en el área de Urgencias. Atendida por médicos de urgencias y residentes de guardia, estando establecido el papel de cada uno de los médicos de guardia en la atención al mismo.
- Consultas: Es el nivel de atención de los pacientes considerados no graves (Niveles 4 ó 5). Están asistidas por un número variado de médicos en función de la demanda. Realizarán guardias en esta ubicación residentes del área médico que realicen guardias en urgencias a partir del segundo año de residencia. Estarán supervisados por los médicos de guardia de presencia física ubicados en esta área.
- Boxes: Es una zona para la vigilancia de pacientes y/o tratamiento de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto periodo de tiempo, que se recomienda, como máximo, sea de doce horas. Consta de 26 camillas y 9 sillones. Los pacientes que preferentemente deben ser manejados en esta área pertenecen al nivel de gravedad 3:
 - Pacientes con baja gravedad y estabilidad de funciones vitales: respiratorio, circulatorio, hemodinámica y neurológico.
 - Pacientes que requieren tratamiento a través de vía venosa periférica mantenida con suero.
 - Pacientes que requieren oxigenoterapia mantenida y/o aerosolterapia frecuente.
 - Pacientes con dificultad para la movilización que, para su valoración o tratamiento, requieran permanecer tumbados.

Están atendidos por un número variable de médicos de urgencias en función de la demanda y horario del día. En este nivel están los residentes de las diferentes especialidades de primer año, residentes del área médico de segundo año (excepto Medicina Física y Rehabilitación y Dermatología), y de tercer y cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica Y Medicina Interna.

Estarán supervisados por los médicos de guardia de presencia física ubicados en esta área.

- Observación: Capacidad para 23 camas, todas ellas cerradas con puerta corredera, para mantener al paciente relativamente aislado del exterior dependiendo del

problema que le afecte. Es una sala de agudos para pacientes con nivel de gravedad 2 y 3 que precisen valoración inicial rápida (pero no atención en box vital), los que precisen monitorización o vigilancia estrecha, patologías potencialmente contagiosas (camas de aislados), pacientes agitados o pacientes que a priori precisarán con gran probabilidad ingreso hospitalario. En este nivel están todos los residentes de las diferentes especialidades del área médico a partir del tercer año (excepto Medicina Física y Rehabilitación y Dermatología), supervisados por el médico adjunto ubicado de presencia física en esta área.

La realización de guardias en los cinco niveles asistenciales de nuestra Unidad permite atender a los pacientes en diferentes fases evolutivas de una misma enfermedad.

➤ Residente de primer año

Objetivo principal:

Iniciarse en la práctica asistencial de carácter urgente. Deben adquirirse los conocimientos para poder identificar la patología grave, que requiere una respuesta inmediata, así como la orientación clínica y la puesta en marcha de los recursos más adecuados. En su actuación en el Servicio de Urgencias el médico residente complementa las habilidades y competencias conseguidas en las diferentes rotaciones clínicas, relacionadas con la realización de anamnesis y exploración física, utilización racional e interpretación de las exploraciones complementarias, y en la práctica de las técnicas diagnósticas más habituales. De forma progresiva debe desarrollar competencias y habilidades en el trato con el paciente, con los familiares y con los compañeros (especialistas, residentes y personal de enfermería).

Otros objetivos docentes del residente de primer año:

- Realizar la historia clínica y conseguir una adecuada valoración global del paciente: sistematización por órganos, identificación clara del motivo de consulta actual, reconocer los antecedentes familiares y antecedentes personales y escribir correctamente los cursos clínicos y epicrisis.
- Valoración geriátrica integral y familiarización con las escalas más habituales
- Exploración física: sistematizar por aparatos y sistemas.
- Analítica: indicación y valoración.
- Radiografía simple de tórax: lectura e interpretación sistematizada.
- Electrocardiograma: lectura ordenada, signos fundamentales e interpretación de las arritmias, hipertrofias y cardiopatía isquémica.
- Iniciarse en las punciones venosas, arteriales, toracocentesis, paracentesis, lumbares y artrocentesis.
- Manejo inicial de la Insuficiencia cardiaca, descompensación de pacientes respiratorios y descompensaciones diabéticos.
- Identificar y saber orientar las principales patologías neurológicas.
- Identificar y saber orientar la insuficiencia renal.

Ubicación del residente de primer año:

La localización del médico residente del área médico o quirúrgico o bien del laboratorio,

pero que realiza su periodo formativo en cuanto a la atención continuada en el área médica de Urgencias, será preferentemente en la zona de boxes, por permitir una mejor supervisión por los médicos facultativos del área de urgencias responsables de esta zona. La ubicación preferente al asignar las guardias mensuales se realizará sin menoscabo de la ubicación del residente en otras áreas de urgencias, siguiendo las indicaciones de los médicos facultativos responsables del área de urgencias teniendo en cuenta las necesidades asistenciales en momentos puntuales y siempre valorando los objetivos formativos recogidos en el Programa de la Especialidad del residente Supervisión del residente de primer año.

La supervisión será siempre de presencia física por el médico adjunto responsable. Como establece el RD 183/2008 el médico residente de primer año no podrá firmar solo documentos de altas, bajas y otros importantes sin la firma del médico facultativo responsable de su supervisión. Para ello se visarán por parte del facultativo responsable, los documentos de alta y siguiendo las indicaciones de elaboración y validación de informes que permite nuestra aplicación.

➤ Residente de segundo año

Objetivo principal:

Progresar en la práctica asistencial de carácter urgente. Debe continuar desarrollando las habilidades y competencias expuestas en el apartado del residente de primer año, de forma cada vez más autónoma, aunque la práctica totalidad de las actuaciones esté tutelada.

Ubicación del residente de segundo año.

La ubicación del residente de segundo año que realiza su formación en la atención continuada de la urgencia médica será preferentemente en consultas o boxes, y, en el caso de residentes de Geriátrica, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Digestivo y Oncología, también en observación, con una progresiva mayor autonomía. Debe ser capaz de identificar la patología grave e iniciarse en el manejo de la misma con la supervisión adecuada de los adjuntos responsables de cada zona. La ubicación preferente al asignar las guardias mensuales se realizará sin menoscabo de la ubicación del residente en otras áreas de urgencias, siguiendo las indicaciones de los médicos facultativos responsables del área de urgencias teniendo en cuenta las necesidades asistenciales en momentos puntuales y siempre valorando los objetivos formativos recogidos en el Programa de la Especialidad del residente.

Supervisión del residente de segundo año.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a éste como a los especialistas que presten servicios en los dispositivos de Urgencias, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión de los residentes a su cargo. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad que preste servicios podrá recurrir y consultar a los mismos siempre que considere necesario. En la tabla 2 se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

➤ Residente de tercer año:

El objetivo principal del médico residente de tercer año será consolidar los objetivos expuestos previamente, pudiendo alcanzar de forma autónoma la valoración de gravedad del paciente realizando un diagnóstico diferencial básico e indicando y valorando exploraciones complementarias básicas, proporcionando información a pacientes y familiares y pudiendo tomar decisiones respecto al destino del paciente, ya sea alta o ingreso.

Ubicación del residente de tercer año:

La ubicación del residente de tercer año en el área de urgencias será en cualquiera de las zonas del área médica (consultas, boxes, observación), comenzando a realizar guardias en el área de Observación-zona de agudos donde deberá adquirir progresivamente las competencias y habilidades en el manejo de la patología médica más grave, de pacientes que precisan en muchos casos una monitorización estrecha. Supervisado por los médicos de urgencias ubicados en cada área.

Supervisión del residente de tercer año.

El residente de tercer año deberá progresar en la práctica asistencial. Podrá firmar sólo documentos de alta y baja. Prácticamente ninguna actividad estará tutelada salvo que el residente lo solicite. En la tabla 2 se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

➤ Residente de cuarto año.

El objetivo docente principal es la adquisición del dominio en la práctica asistencial urgente de forma prácticamente autónoma, pudiendo realizar adecuadamente la valoración de gravedad del paciente, la anamnesis y exploraciones completas, la indicación de exploraciones complementarias y la indicación terapéutica específica, así como el destino final de los pacientes.

Ubicación del residente de cuarto año:

La ubicación del residente de cuarto y quinto año vendrá determinada por la distribución de guardias que marca su itinerario formativo dependiendo de la especialidad. Su función principal en el área de urgencias, preferentemente en el área de boxes/observación, será la de colaborar con los médicos adjuntos de urgencias en la valoración de pacientes que estén en esa zona asistencial.

Supervisión del residente de cuarto año:

Se trata de los últimos años de formación de los residentes, por lo que las responsabilidades, actitudes y aptitudes han de consolidarse de forma definitiva. El médico residente en esta etapa formativa debe ser prácticamente autónomo y adquirir las competencias y habilidades necesarias para tener un amplio dominio de la práctica asistencial urgente.

Prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente y dispone de máxima autonomía con un responsable siempre disponible para cualquier consulta.

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. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL TUTOR DE RESIDENTES

- Recepción y bienvenida a los residentes cuando inician la residencia junto con el jefe de servicio; información general del servicio, entrega del plan de formación y de las rotaciones individuales a cada residente.
- Organización del plan de rotaciones cumpliendo las directrices del plan de formación del ministerio y adecuándolo al número de residentes y a las características de nuestro servicio.
- Redacción del Plan de Formación de Geriátrica adecuado para nuestro hospital siguiendo las directrices del plan de formación del ministerio y las recomendaciones de la comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Así mismo, los tutores son responsables de la actualización periódica del plan.
- Supervisión de las evaluaciones de las rotaciones de los residentes y de la memoria anual del residente, antes de que sea evaluada por la Comisión de Docencia. Los tutores avalan que la información recogida en las mismas es correcta.
- Supervisión de las sesiones clínicas que organizan los residentes.
- Supervisión de la distribución de las guardias que hacen los residentes.
- Reuniones de tutoría bimensuales con el colectivo de los residentes; duración media de 30 minutos. En ellas se tratan en grupo temas referentes a la formación.
- Sesiones de tutorización individual, de duración aproximada de 20 minutos, con frecuencia deseable trimestral. En ellas se tratan de forma individual aspectos relacionados con la formación.

- Estar a la disposición de los residentes para intentar solucionar cualquier problema concreto que surja en relación con su formación y servir de nexo con el colectivo de facultativos, así como con el jefe de servicio cuando se precise.

7. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO

En caso de circunstancias especiales el residente tendrá que estar supervisado durante toda su residencia

- Pacientes en situación de conflicto o reclamación.
- Pacientes que solicitan segunda opinión
- Solicitud de exitus judicial.
- Traslado a otro centro hospitalario.
- Si es necesario informar a las autoridades.

8. ANEXO

Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Hospitalización:

	R1	R2	R3	R4
Entrevista clínica	3	2	1	1
Valoración Geriátrica integral	3	2	1	1
Exploración física	3	2	1	1
Indicación de pruebas complementarias básicas	3	2-3	1	1
Interpretación de resultados	3	2-3	2	1
Realizar técnicas diagnósticas (punción lumbar, paracentesis toracocentesis)	3	2-3	2	1
Elaborar un juicio clínico de presunción	3	2	1	1
Elaborar un resumen de problemas	3	2	1	1
Plantear un plan de cuidados	3	2	1-2	1
Dar información al paciente y familiar	3	2-3	2	1
Realizar un informe de alta	3	2-3	2	1
Manejo de situaciones difíciles	3	2-3	1-2	1
Explicar un consentimiento informado	3	2-3	1	1
Valoración de la gravedad del paciente	3	2-3	2	1
Prescripción de un tratamiento	3	2-3	1-2	1
Realizar RCP básica y avanzada	3	2-3	1-2	1
Plantear objetivos rehabilitadores	3	2-3	1-2	1
Dar información pronóstica	3	2-3	1-2	1
Coordinación entre niveles asistenciales	3	2-3	1	1
Búsqueda bibliográfica	3	2	1	1
Participar en proyectos de investigación	3	2-3	2	1

Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Consultas Externas

	Nivel de supervisión			
	R1	R2	R3	R4-R5
Presentarse e informar al paciente y la familia	2-3	1	1	1
Realización correcta de una Hª clínica, orientación global del paciente identificando el motivo de consulta.	2-3	1	1	1
Evaluación estado mental, funcional y entorno social del paciente	2-3	1-2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física específica según la orientación clínica	2-3	2	1	1
Interpretación de resultados	3	2	1-2	1
Elaboración juicio clínico presunción	3	2	1-2	1
Realización de Plan terapéutico	3	2	1-2	1
Realización de Informe de Consultas externas	3	2	1-2	1

Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en la guardia médica tanto de urgencias como de hospitalización.

	Nivel de supervisión			
	R1	R2	R3	R4-R5
Presentarse e informar al paciente y la familia	2-3	2	1	1
Realización correcta de una Hª clínica, orientación global del paciente identificando el motivo de consulta.	2-3	2	1	1
Evaluación mental del paciente	2-3	2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física específica según la orientación clínica	2-3	2	1	1
Valoración rápida de la gravedad del paciente	3	2-3	1	1
Solicitud e interpretación correcta de la analítica básica en la atención del paciente urgente	2-3	2	1	1
Indicación e interpretación correcta de la radiología simple de tórax y abdomen y/o otras localizaciones	2-3	2	1	1
Indicación e interpretación correcta del ECG, especialmente los que indiquen gravedad (IAM, arritmias malignas...).	2-3	2	1	1
Iniciarse en las punciones arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar y artrocentesis.	3	2-3	1-2	1
Sondaje vesical y nasogástrico. Lavado gástrico	3	2-3	1	1
Conocimiento y utilización de monitores. Sistemas de monitorización	2-3	2	1-2	1
Iniciación en la terapéutica de urgencias: sueroterapia, nebulizaciones, oxigenoterapia, indicación de los principales fármacos utilizados en el Área de Urgencias y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada.	2-3	2	1	1
Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según los protocolos del centro	2-3	2	1	1
Iniciación de la valoración y tratamiento del paciente politraumatizado (no crítico y crítico).	3	2-3	1-2	1
RCP básica y avanzada.	2-3	2	1-2	1
Toma de decisión del destino del paciente: alta, observación o ingreso.	3	2-3	1-2	1
Realizar un informe de alta o ingreso hospitalario de los pacientes con nivel severidad <4	3	2	1	1
Realizar un informe de alta o ingreso hospitalario de los pacientes con nivel severidad >4	3	1-2	1	1