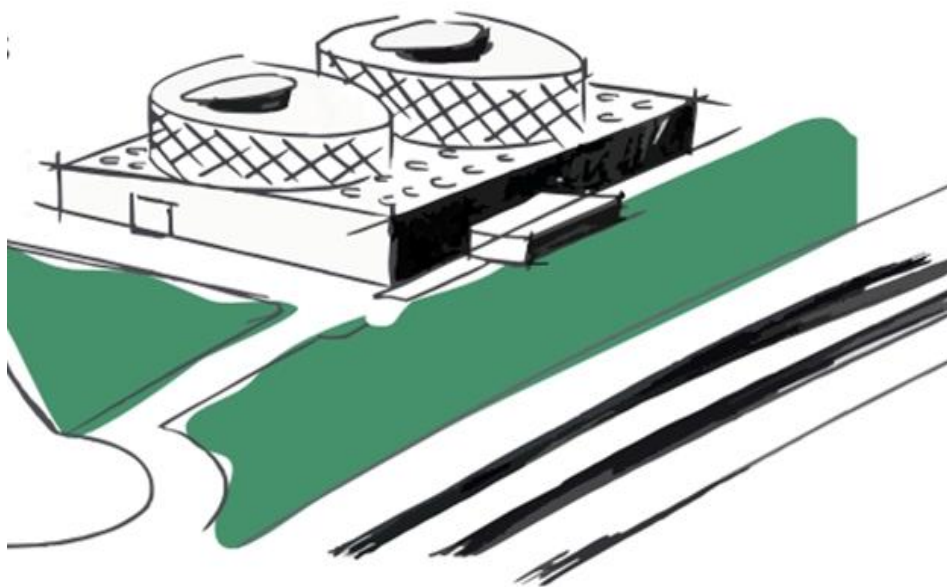


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE UROLOGÍA



Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Septiembre 2014	Versión Inicial del Documento
1	Octubre 2017	Revisión y Actualización del Documento
2	Abril 2019	Revisión del Documento
3	Diciembre 2019	Revisión del Documento
4	Septiembre 2022	Actualización de la normativa
5	Diciembre 2025	Actualización del Documento

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	NORMATIVA APLICABLE	3
3.	PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN	4
4.	OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	5
4.1.	DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SUPERVISIÓN	5
4.2.	Asistencia a los pacientes en consulta	6
4.3.	Asistencia a los pacientes en quirófano	6
4.4.	Asistencia a los pacientes en hospitalización.....	6
4.5.	Asistencia a los pacientes en la guardia	6
4.5.1.	Residente de primer año	7
4.5.2.	Residente 2º-3º año.....	8
4.5.3.	Residente de 4º y 5º año de Urología.....	9
5.	TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	9
6.	TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL TUTOR DE RESIDENTES	10
7.	CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO 10	
8.	ANEXOS	11
8.1.	NIVELES DE SUPERVISIÓN PARA LAS DIFERENTES HABILIDADES SEGÚN EL AÑO FORMATIVO	11
8.2.	Consulta y habilidades generales	11
8.3.	Cirugía ambulatoria y experimental.....	12
8.4.	Cirugía renal	12
8.5.	Cirugía ureteral.....	12
8.6.	Cirugía vesical.....	12
8.7.	Cirugía uretral.....	13
8.8.	Cirugía prostática	13
8.9.	Otros procedimientos	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, 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 por lo 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:

- **LEY 44/2003, de 21 de noviembre**, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- **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 SCO/227/2007, de 24 de enero](#), por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna.
- **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.
- **Acuerdo Comisión de RRHH del Sistema Nacional de Salud**: Criterios comunes para la aplicación en el ámbito sanitario de las medidas de protección de los menores previstas en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión de los residentes de la especialidad de UROLOGÍA 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 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).

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.

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

En los siguientes apartados se deben identificar las áreas asistenciales especialmente significativas en cada especialidad para las que se establecerán criterios específicos de supervisión:

- Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.
- Asistencia a pacientes en consulta externa.

- Asistencia a pacientes en guardias.
- Asistencia a pacientes en el quirófano.
- Asistencia a pacientes en hospital de día.

4.2. Asistencia a los pacientes en consulta

4.3. Asistencia a los pacientes en quirófano

4.4. Asistencia a los pacientes en hospitalización

4.5. Asistencia a los pacientes en la guardia

Los residentes de Urología realizarán guardias con la siguiente distribución:

R1: 5 guardias al mes en el pool de urgencias

R2: 1-2 guardias al mes en el pool* de urgencias, 4-3 guardias de especialidad

R3-R5: guardias especialidad

Al final de su formación, el residente de Urología debe estar capacitado tanto en los criterios de indicación como en la destreza y manejo de la mayor parte de los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos que suelen presentarse en la atención urológica urgente de un hospital nivel III.

- Valoración y manejo del cólico nefrítico con fiebre.
- Valoración y manejo de las complicaciones postoperatorias de la Cirugía Urológica.
- Manejo del fracaso renal agudo obstructivo.
- Valoración y manejo inicial de la hematuria con coágulos.
- Detección y manejo inicial de los procesos sépticos de origen urológico.
- Drenaje quirúrgico y/o percutáneo de absceso renal/perirrenal.
- Drenaje absceso escrotal.
- Drenaje de absceso prostático.
- Tratamiento quirúrgico de torsión cordón espermático.
- Orquiectomía.
- Drenaje vesical transuretral y/o suprapúbico.
- Cateterismo ureteral.
- Nefrostomía percutánea.
- Nefrostomía quirúrgica.
- Ureterolitotomía / pielolitotomía.
- Nefrectomía.
- Diagnóstico y manejo del traumatismo renal.
- Diagnóstico y manejo del traumatismo uretral.
- Traumatismos de penoescrotales / ruptura cuerpos cavernosos.
- Diagnóstico y manejo de las complicaciones urológicas de la cirugía abdominal.
- Tratamiento del priapismo.

La capacitación y progresiva asunción de responsabilidades es lógicamente progresiva, dependiendo tanto del año de residencia como de la rapidez en la adquisición de las habilidades médicoquirúrgicas de cada residente, pudiéndose y debiéndose establecer sin embargo para cada año de residencia una serie de objetivos formativos, así como los diferentes grados de supervisión.

Se estratifican los procedimientos quirúrgicos urgentes más habituales de la especialidad, en base a cuatro niveles de complejidad, en los que el residente participa asumiendo responsabilidad de forma progresiva.

- **NIVEL A:** Circuncisión. Meatotomía. Cistostomía percutánea. Cateterismo ureteral. Drenaje absceso escrotal
- **NIVEL B:** Nefrostomía percutánea. Cistostomía quirúrgica. Orquiectomía. Shunt spongilocavernoso
- **NIVEL C:** Ureterolitotomía. Pielolitotomía. Nefrostomía quirúrgica. Ureteroscopia. Reparación ruptura cuerpo cavernoso
- **NIVEL D:** Ureteroneocistostomía. Drenaje quirúrgico absceso perirenal. Nefrectomía. Anastómosis espongio-cavernosa

4.5.1. Residente de primer año

El residente de primer año permanecerá asignado durante todo el año a los servicios de su rotación. Durante el mismo, tras unos primeros días en el servicio de Urología, para familiarización con el mismo y el Hospital, estará ubicado en Servicio de Cirugía General, Nefrología y Radiodiagnóstico donde se atenderá la patología ordinaria y urgente. Estará supervisado por los facultativos de las rotaciones competentes, por los facultativos de urgencias designado ese día de guardia a ese puesto.

Todas sus guardias las realizará en el POOL quirúrgico. Horario diario: 15:00h-8:00h Horario festivo-fin de semana: 9:00h-9:00h

En caso de intervenciones quirúrgicas urgentes, el residente podrá abandonar su puesto en la unidad de urgencias para acudir a quirófano, previa notificación a su supervisor correspondiente y volviendo a su puesto lo antes posible, solo si la carga asistencial lo permite.

Las habilidades a adquirir y el nivel de responsabilidad durante el primer año de residencia son:

- Saber presentarse e informar al paciente y a los familiares.
- Realizar la historia clínica del paciente: antecedentes patológicos, anamnesis, exploración física.
- Establecer una orientación diagnóstica.
- Decidir las exploraciones complementarias y las interconsultas a otras especialidades, asesorándose con el médico adjunto.
- Indicar el tratamiento médico y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada, bajo la supervisión del residente mayor o del adjunto.
- Realizar canulaciones venosas periféricas y centrales, sondajes vesicales, colocación de SNG, desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de las heridas incisocontusas.
- Asistir en el quirófano de Urgencias, como primer ayudante, en cirugías menores y, como segundo ayudante, si así se requiere, en cirugías urgentes mayores.
- Puede realizar procedimientos quirúrgicos del nivel A bajo supervisión del médico adjunto.
- Indicar el destino del paciente (alta, ingreso, traslado, observación) bajo supervisión del médico adjunto.

4.5.2. Residente 2º-3º año

Se incorporarán al equipo de guardia de Cirugía General (dos cirujanos) de forma habitual desde el inicio de la guardia asumiendo sus responsabilidades crecientes. La posibilidad de incorporación a la guardia a las 15h dependerá de la actividad asignada al residente para ese día.

- Horario diario: 15:00h-8:00h (si el residente tiene asignada labor específica en horario habitual)
- Horario fin de semana-festivo: 10:00h-10:00h

La actividad del residente durante su periodo de guardia será atender a todos los pacientes urgentes tanto en el ámbito de urgencias como de hospitalización de todas las especialidades hospitalarias que precisen de una valoración y/o tratamiento por parte de Cirugía y Urología. La valoración inicial de dicho paciente será realizada por el especialista correspondiente y será el mismo el que solicite la asistencia al equipo de Cirugía y/o Urología de Guardia.

De igual modo atenderán la planta de hospitalización de Cirugía y de Urología en caso de necesidad. Dispondrá de un teléfono de localización permanente durante todo el periodo de la guardia para su fácil localización. Ambos cirujanos de plantilla y el Urologo de guardia localizada supervisarán la actividad del residente en todo momento. A medida que el residente asciende en su periodo formativo, capacitación y nivel de responsabilidad, el grado de tutela en la guardia será menor.

Con respecto a la guardia urológica, el residente realizará la historia clínica urológica así como la exploración específica, asumiendo mayor responsabilidad acorde con su progresión y capacidad. En cualquier caso, siempre puede consultar las dudas y las decisiones al especialista de Urología de guardia (staff), ya sea de presencia física o telefónicamente.

Las principales habilidades que debe realizar con un nivel de responsabilidad 1 son:

- Detección y tratamiento inicial de las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio de la cirugía urológica.
- Establecer el ingreso urgente de los pacientes con patología urológica, así como realizar la historia clínica, la exploración general y urológica y solicitar las exploraciones complementarias necesarias.
- Establecer una orientación diagnóstica del paciente urológico.
- Realizar la valoración de las interconsultas urgentes del resto de unidades de hospitalización cuando sea requerido.
- Realización de procedimientos quirúrgicos del nivel A, pudiendo requerir la presencia del especialista de urología si lo cree necesario.

Puede realizar las siguientes actividades con nivel de responsabilidad 2:

- Realización de procedimientos quirúrgicos del nivel B y ocasionalmente del nivel C.
- Resolución de las complicaciones postoperatorias de la cirugía urológica.
- Detección y resolución de complicaciones urológicas de la cirugía abdominal. En las intervenciones quirúrgicas se especifica su actuación como primer cirujano, bajo la supervisión del médico adjunto si fuese necesario, en los procedimientos quirúrgicos de nivel A. En el resto de tratamientos quirúrgicos colabora como ayudante: nivel de responsabilidad 2 en los de complejidad B y nivel de responsabilidad 3 en los

de mayor complejidad (nivel C y D).

En todo caso, queda a criterio y responsabilidad del médico staff de guardia que el residente realice tiempos quirúrgicos de más complejidad, con mayor o menor grado de supervisión.

4.5.3. Residente de 4º y 5º año de Urología

Los residentes de 4º y 5º año de Urología harán guardias de Cirugía General (según las directrices del apartado anterior, 2-3 guardias al mes) y además se incorporarán al equipo de guardia de Urología, haciendo guardia presencial de la especialidad, bajo supervisión del adjunto localizado (2-3 guardias/mes). El motivo de retrasar la incorporación al pool de guardias de urología hasta los 2 últimos años de residencia es que el residente ya habrá adquirido un manejo básico del paciente urológico y será capaz de asumir la guardia de Urología con un menor grado de supervisión y una mayor autonomía.

La actividad del residente durante su período de guardia será atender a todos los pacientes urgentes tanto en el ámbito de urgencias como de hospitalización de todas las especialidades hospitalarias que precisen de una valoración y/o tratamiento por parte de Urología. La valoración inicial de dicho paciente será realizada por el especialista correspondiente y será el mismo el que solicite la asistencia al equipo de Urología de Guardia.

De igual modo atenderán la planta de hospitalización de Urología en caso de necesidad. Dispondrán de un teléfono de localización permanente durante todo el periodo de la guardia para su fácil localización. El urólogo de guardia localizada supervisará la actividad del residente en todo momento.

A medida que el residente asciende en su periodo formativo, capacitación y nivel deresponsabilidad, el grado de tutela en la guardia será menor.

Con respecto a la guardia urológica, **el residente de cuarto año**, actúa con un nivel de responsabilidad 1 tanto en la protocolización del ingreso urgente como en el establecimiento del tratamiento médico más adecuado en cada caso. Realiza como cirujano las intervenciones de nivel A y B, solicitando siempre la colaboración del especialista de guardia en presencia física o telefónica. Actúa con un nivel de responsabilidad 2 en los procedimientos quirúrgicos de nivel C y con un nivel de responsabilidad 3 en los de nivel D. En todo caso, queda a criterio y responsabilidad del médico especialista de guardia que un residente concreto realice procedimientos de mayor complejidad con mayor o menor grado de supervisión.

El residente de quinto año, actúa con un nivel de responsabilidad 1 en todo lo relativo a la práctica clínica durante las guardias de la especialidad (orientación diagnóstica, destino del paciente, decisión terapéutica, etc.). Puede realizar como cirujano procedimientos quirúrgicos de los niveles A, B y C, asumiendo el nivel de responsabilidad 2 en los de mayor complejidad (nivel D). Como residente mayor colabora con el tutor docente en supervisar y velar por el cumplimiento de los objetivos docentes y asistenciales en el área de Urgencias.

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

- Intervenciones quirúrgicas
- Toma de decisiones que esta pueda determinar limitar la opciones terapéuticas
- Traslado de pacientes a otros centros
- Conflicto con otros facultativos.
- Conflicto con pacientes o familiares.
- Catástrofes naturales o situaciones de accidente múltiples que potencialmente requieran el uso masivo de hemoderivados.
- Solicitar autopsias judiciales.

8. ANEXOS

8.1. NIVELES DE SUPERVISIÓN PARA LAS DIFERENTES HABILIDADES SEGÚN EL AÑO FORMATIVO

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Presentarse e información a familiares y enfermo	2	1	1	1
Comunicación de malas noticias	3	2	1	1
Elaboración de historia clínica y valoración de gravedad	3	2	1	1
Evaluación del estado mental del paciente	3	2	1	1
Exploración física general y específica	3	2	1	1
Utilización e interpretación de pruebas complementarias	3	2	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	3	2	1	1
Solicitud de interconsulta a especialistas	3	2	1	1
Técnicas invasivas diagnósticas/terapéuticas	3	2	1	1
Monitorización del paciente grave	3	2	1	1
Utilización de fármacos de urgencias	3	2	1	1
Valoración inicial del politrauma	3	2	1	1
RCP básica y avanzada / soporte ventilatorio no invasivo	3	2	1	1
Decisión de destino del paciente	3	2	1	1

8.2. Consulta y habilidades generales

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Consulta Urología General	3	2	2	1
Consulta monográfica	3	3	2	2

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Valoración en urgencias e interconsultas	3	2	2	1
Historia clínica y semiología	2	2	1	1
Examen físico urológico	3	2	1	1

8.3. Cirugía ambulatoria y experimental

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Circuncisión, vasectomía, hidrocele	2	2	1	1
Cirugía experimental	2	2	1	1

8.4. Cirugía renal

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Trasplante renal	3	3	3	2
Nefrectomía radical abierta/laparoscópica	3	2	2	1
Nefrectomía parcial abierta/laparoscópica	3	3	2	2
Cirugía de malformaciones renales	3	3	2	1
Cirugía de litiasis renal	3	3	2	1
Procedimientos endoscópicos renales	3	2	2	1

8.5. Cirugía ureteral

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Reconstrucción ureteral	3	2	2	1
Ureterectomía abierta/laparoscópica	3	3	2	1
Ureterolitotomía abierta/laparoscópica	3	3	2	1
Ureteroneocistostomía	3	2	2	1
Sustitución ureteral	3	3	2	2
Cirugía de fístula ureteral	3	3	2	2
Cirugía del ureterocele	3	2	1	1
Cateterismo ureteral	3	2	1	1

8.6. Cirugía vesical

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Cirugía vesical endoscópica	3	2	1	1

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Cistectomía abierta/laparoscópica	3	3	2	2
Neovejiga	3	3	2	2
Cirugía de ampliación vesical	3	3	2	2
Cirugía de fístula vesical	3	3	2	2
Cirugía del prolapso genital	3	3	2	2

8.7. Cirugía uretral

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Cirugía endoscópica uretral	3	2	1	1
Cirugía uretral abierta	3	3	2	2
Cirugía de la incontinencia	3	2	2	1

8.8. Cirugía prostática

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Cirugía endoscópica de próstata	3	3	2	1
Cirugía abierta próstata no tumoral	3	2	2	1
Prostatectomía abierta/laparoscópica	3	3	2	1

8.9. Otros procedimientos

Habilidad	R1	R2	R3	R4-5
Cirugía suprarrenal	3	3	2	2
Cirugía retroperitoneal	3	3	2	2
Orquiectomía	3	2	1	1
Patología testicular benigna	3	2	1	1
Cirugía del varicocele	3	2	1	1
Cirugía escrotal	3	2	1	1
Penectomía	3	2	1	1
Cirugía reconstructiva del pene	3	2	2	1