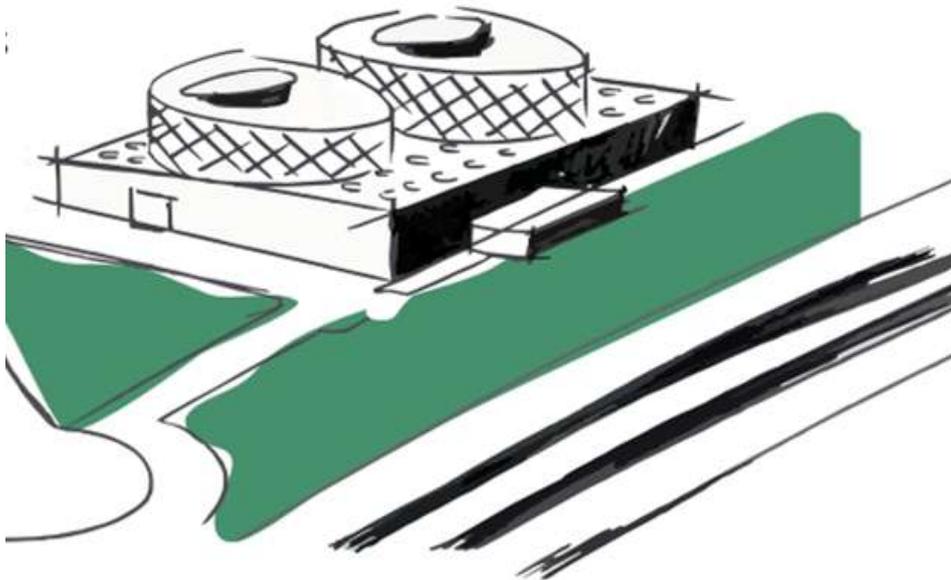


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN



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.....	4
4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa.....	5
4.4. Asistencia a pacientes en guardias.....	5
4.5 Asistencia a pacientes en quirófano	7
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	7
6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO	7
7. ANEXOS.....	8
7.1 Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo	8

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 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:

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 Anestesiología y Reanimación 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.

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

4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización

El residente en formación, tanto de anestesiología como de otras especialidades, tendrá asignado un médico adjunto en cada periodo de rotación por el área de hospitalización.

Se le asignará entre 4 y 8 camas (en función del número de rotantes y la carga asistencial) además de la atención a los partes interconsulta desde otras especialidades, debiendo estar siempre supervisado por el 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).

Durante sus rotaciones dentro del Servicio de Anestesiología atenderá, cuando corresponda, los partes interconsulta de anestesiología y unidad del dolor con un nivel de supervisión decreciente, iniciando con presencia física y finalizando con facultativo de consulta.

4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa.

Los residentes de anestesiología rotarán por las consultas de preanestesia y unidad del dolor, así como por las consultas de las especialidades donde está prevista su rotación (cardiología, neumología, neurología).

Por las consultas de preanestesia rotan los residentes de primer año realizando anamnesis, exploración de vía aérea, interpretación de pruebas preoperatorias, realizando las modificaciones necesarias en el tratamiento farmacológico del paciente, siempre bajo la supervisión del facultativo especialista de presencia física.

En las consultas de unidad del dolor rotarán los residentes de tercer año y realizarán, siempre bajo supervisión directa del facultativo especialista responsable, la anamnesis, exploración, diagnóstico, indicación de pruebas necesarias y de tratamiento adecuado según patología.

4.4. Asistencia a pacientes en guardias.

Durante sus guardias en el servicio de urgencias (R1- 6 meses):

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, para los residentes de anestesiología 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 médica 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 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, cardiología podrá formar parte del equipo en esta área durante su segundo año de residencia, supervisados por el médico adjunto ubicado de presencia física en esta área.

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

Durante sus guardias en el servicio de anestesiología (R1- 6 últimos meses, R2, R3,R4):

Realizarán las guardias siempre acompañados y bajo la supervisión del adjunto responsable, realizando las tareas que el adjunto considere oportunas siempre con un nivel de complejidad y responsabilidad creciente a lo largo de la residencia.

Realizarán actividad durante las guardias en quirófano, paritorio y Reanimación.

En quirófano siempre acompañados por adjunto de presencia física.

En paritorio se encargarán de la analgesia epidural en pacientes sanas con nivel decreciente de supervisión, (nivel 2-1 a partir de R2).

En reanimación realizarán actividad asistencial de los pacientes ingresados, con nivel decreciente de supervisión.

4.5 Asistencia a pacientes en quirófano

Realizarán la asistencia a pacientes en quirófano con un nivel decreciente de supervisión y un nivel creciente de responsabilidad, siempre acompañados del adjunto responsable del quirófano.

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 EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO

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

- Pacientes ASA IV o superior.
- Traslado de centro

- Intervención de autoridades judiciales
- Paciente custodiado
- Paciente litigante.

7. ANEXOS

7.1 Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo

AREA ASISTENCIAL	R1	R2	R3	R4
PREANESTESIA				
Consulta de preanestesia	3	2	2	1
Interconsultas de pacientes ingresados	3	2	2	1
Cumplimentación de Check-list	2-1	1	1	1
ANESTESIA FUERA DE QUIRÓFANO				
Sedaciones en procedimientos con AL	3	2	2	2-1
AG o sedación en endoscopias	3	2	2	2-1
AG urgente en complicaciones de procedimientos	3	2	2	2
ANESTESIA OBSTÉTRICA				
Analgesia Epidural paciente sana	3-2	2*	1	1
Analgesia Epidural paciente con patología	3	2	2-1	2-1
Cesárea programada	3	2	2	2-1
Cesárea sobrevenida con/sin a. Epidural previa	3	2	2	2-1
Cesárea urgente	3	3	2	2-1
ANESTESIA EN QUIRÓFANO				
Sedación para procedimientos con AL	3	2	2-1	1
ALR: Anestesia espinal subaracnoidea	3-2	2	2-1	1
ALR: Anestesia epidural	3-2	2	2-1	1
ALR: plexos	3	2	2	1
ALR: bloqueos nervios periféricos	3	2	2	1
AG en pacientes ASA I-II	3	2	2-1	2-1
AG en ASA III-IV y urgencias	3	2	2	2-1
OTROS PROCEDIMIENTOS				
Canulación vía periférica	2	1	1	1
Canulación vía central con/sin ECO	3	2	1	1
Canulación de arterias	3	2	1	1
Canulación PICC	3	2	1	1
RCP				
RCP básica	3	3	2	2-1
RCP avanzada	3	3	2	2-1
TRATAMIENTO POSTOPERATORIO				
Valoración y ajuste tratamiento paciente URPA/REA	3	2	1	1
Alta paciente de URPA/REA	3	2	2	1
Valoración dolor PO y pauta analgésica	3	2	1	1
Valoración pacientes REA	3	2	2	1

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Elaboración de informes evolutivo REA	3	2	1	1
Elaboración de informes alta REA	3	2	2	1
Información a familiares	3	2	2-1	1
UNIDAD DEL DOLOR				
Consulta del dolor	3	2	2	1
Propuesta de tratamiento analgésico	3	2	2	1
Propuesta de procedimientos invasivos	3	2	2	2
Realización de técnicas (infiltración; estimulador; bombas)	3	2	2	2-1
PROCEDIMIENTOS BÁSICOS				
Ventilación con mascarilla facial	2	2-1	1	1
Colocación de mascarilla laríngea	2	2	2-1	1
Intubación orotraqueal	2	2	1	1
Manejo Vía Aérea Difícil	3	3	2	2
Aplicación Ventilación mecánica No Invasiva	3	2	2	1
HABILIDADES GENERALES, GUARDIAS Y URGENCIA				
Presentarse e información a familiares y enfermo	2	1	1	1
Comunicación de malas noticias	3	2	1	1
Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta	3	1	1	1
Exploración física general y específica según orientación clínica	3	1	1	1
Valoración de la gravedad de un paciente	3	2	1	1
Evaluación del estado mental del paciente	3	2	1	1
Utilización racional e interpretación de las pruebas complementarias básicas (analítica, ECG, radiografías simples)	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, punción lumbar, artrocentesis, accesos venosos, gasometrías..)	3	2	2-1	2-1
Sondaje vesical y nasogástrico	3	2	1	1
Monitorización de paciente urgente	2	1	1	1
Utilización de principales fármacos de la urgencia	3	2-1	2-1	2-1
Uso de antibióticos	3	2	2	1
Valoración inicial del politrauma	3	3	2	2-1
Decisión del destino del paciente de urgencias: alta, ingreso, UCI, UCE..	3	3	2	2-1

*Se establecerá un sistema de capacitación para la técnica epidural en la analgesia obstétrica de manera que se exigirá la realización con éxito de 30 epidurales con tutorización directa antes de que el residente pueda intentar la técnica de manera autónoma.

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad.