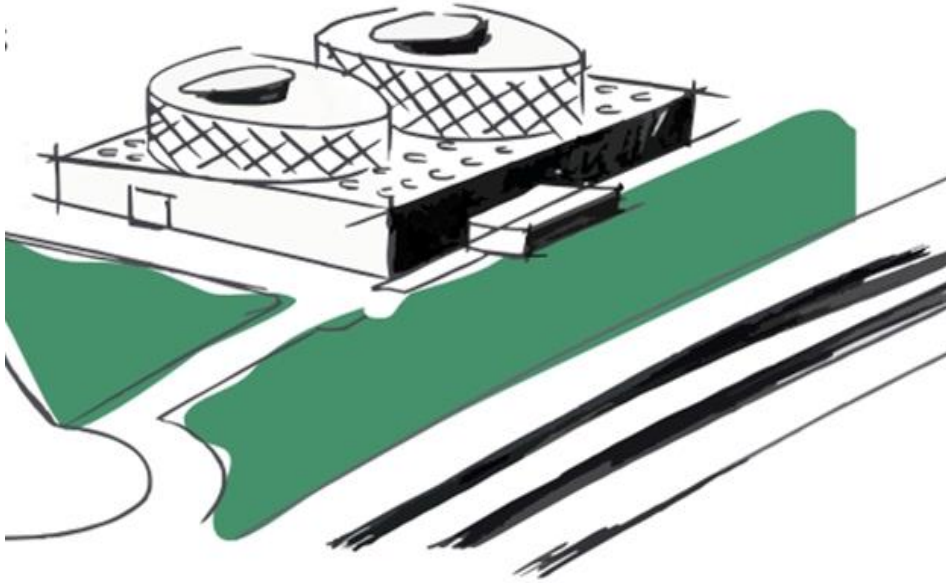


## PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE UROLOGÍA

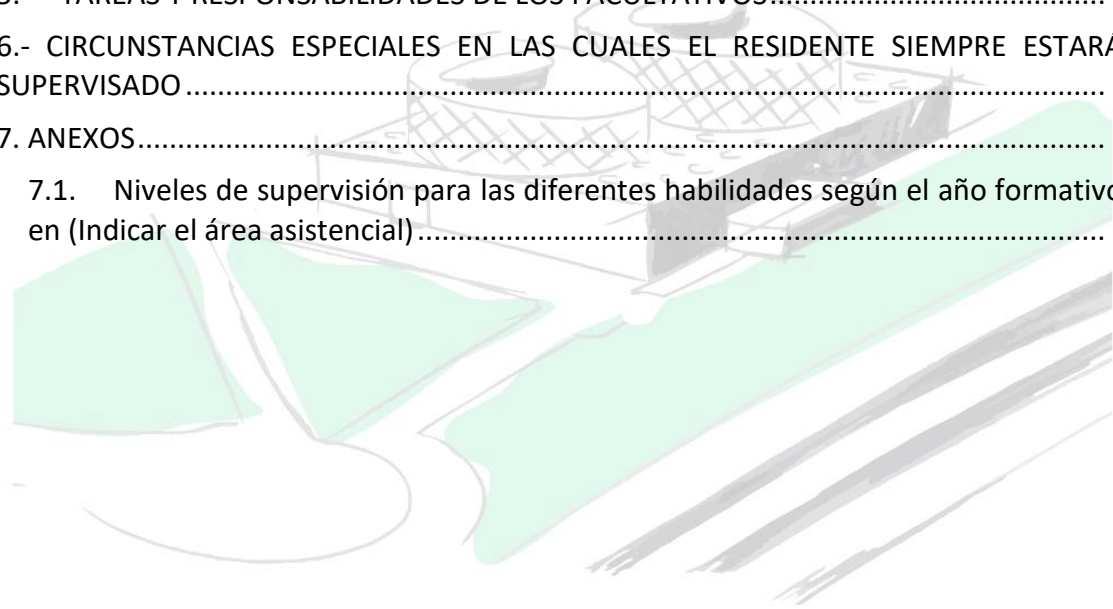


Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia en su reunión de 02 de febrero de 2022

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
4	Febrero 2022	Revisión y Actualización 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 .....	6
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	7
6.- CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO .....	7
7. ANEXOS.....	9
7.1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en (Indicar el área asistencial) .....	9



## 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 ello 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:

- **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.
- **ORDEN SCO/3358/2006, de 9 de octubre**, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Urología
- **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 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 <b>realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa.</b> El residente <b>ejecuta y, posteriormente, informa.</b>
Nivel 2: Nivel de supervisión intermedia	Actividades <b>realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa</b> 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

- **Primer año de residencia:** La actividad asistencial en el área de hospitalización se realizará siguiendo nivel de supervisión 3.
- **Segundo y tercer año de residencia:** La actividad asistencial en el área de hospitalización se realizará siguiendo nivel de supervisión 2.
- **Cuarto año de residencia:** La actividad asistencial en el área de hospitalización se realizará siguiendo nivel de supervisión 2 y progresivamente, tras varios meses, se procederá a nivel de supervisión 1.
- **Quinto año de residencia:** La actividad asistencial en el área de hospitalización se realizará siguiendo nivel de supervisión 1.

#### 4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa

- **Primer año de residencia:** La actividad asistencial en el área de consulta se realizará siguiendo nivel de supervisión 3.
- **Segundo año de residencia:** La actividad asistencial en el área de consulta se realizará siguiendo nivel de supervisión 1 para la valoración de primeras consultas de Urología que implique realización de historia clínica, exploración física y solicitud de pruebas complementarias. Si se precisa toma de decisiones de alta o realización de intervención quirúrgica el nivel de supervisión será 2. El residente no valorará consultas especializadas ni revisiones.
- **Tercer año de residencia:** La actividad asistencial en consulta se realizará con nivel de supervisión 1 para las primeras consultas. El residente no valorará consultas especializadas ni revisiones.
- **Cuarto año de residencia:** La actividad asistencial en consulta se realizará con nivel de supervisión 1 para las primeras consultas de Urología y con nivel 2 para consultas especializadas y de revisión.
- **Quinto año de residencia:** La actividad asistencial en consulta se realizará con nivel de supervisión 1.

#### 4.4. Asistencia a pacientes en guardias.

La actividad asistencial durante las guardias se realizara siempre bajo la supervisión de un adjunto responsable. Durante el primer año de residencia, el adjunto responsable siempre se encontrara de presencia física en el centro. Durante los primeros seis meses del segundo año de residencia, el médico adjunto se encontrará de presencia física hasta las 21.00 horas y posteriormente se encontrará localizado. Durante los tres últimos años de residencia, el médico adjunto responsable de la supervisión se encontrará localizado.

- **Primer año de residencia:** La actividad asistencial en las guardias se realizará siempre con un nivel de supervisión 3.
- **Segundo año de residencia:** Los procedimientos menores de la actividad asistencial en las guardias (sondaje vesical, cambios de sonda vesical, etc) se podrán realizar con nivel de supervisión 1. El resto de actividad asistencial se realizara con nivel de supervisión 2.
- **Tercer año de residencia:** La actividad asistencial durante la guardia se realizar con un nivel de supervisión 1 con excepción de los casos de complejidad elevada que se realizaran con nivel de supervisión 2.
- **Cuarto año de residencia:** La actividad asistencial durante la guardia se realizar con un nivel de supervisión 1 con excepción de los casos de complejidad elevada que se realizaran con nivel de supervisión 2.
- **Quinto año de residencia:** La actividad asistencial durante la guardia se realizar con un nivel de supervisión 1 con excepción de los casos de complejidad elevada que se realizaran con nivel de supervisión 2.

La actividad quirúrgica durante la guardia de Urología, se realizara siempre con el adjunto responsable de la guardia de presencia en el Hospital, no pudiendo realizarse bajo ningún concepto, por parte del médico residente sin supervisión presencial.

#### 4.5. Asistencia a pacientes en quirófano

- **Primer año de residencia:** La actividad quirúrgica se desarrollará siempre con nivel de supervisión 3. En procedimientos quirúrgicos menores, el médico residente podrá actuar con nivel de supervisión 2.
- **Segundo año de residencia:** La actividad quirúrgica se desarrollara con nivel de supervisión 3. En procedimientos quirúrgicos de menor complejidad de Urología, el médico residente comenzara a actuar con nivel de supervisión 2. En los procedimientos quirúrgicos menores (vasectomía, circuncisión), comenzará a actuar con nivel 2.
- **Tercer año de residencia:** Nivel de supervisión 2 para procedimientos quirúrgicos menores. Nivel de supervisión 3 para procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad.
- **Cuarto año de residencia:** Nivel de supervisión 2 para procedimientos menores y mayores.
- **Quinto año de residencia:** La actividad quirúrgica se desarrollará con nivel de supervisión 2.

## 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

Durante la formación del médico residente en Urología, existen varias circunstancias donde siempre se encontrara supervisado,:

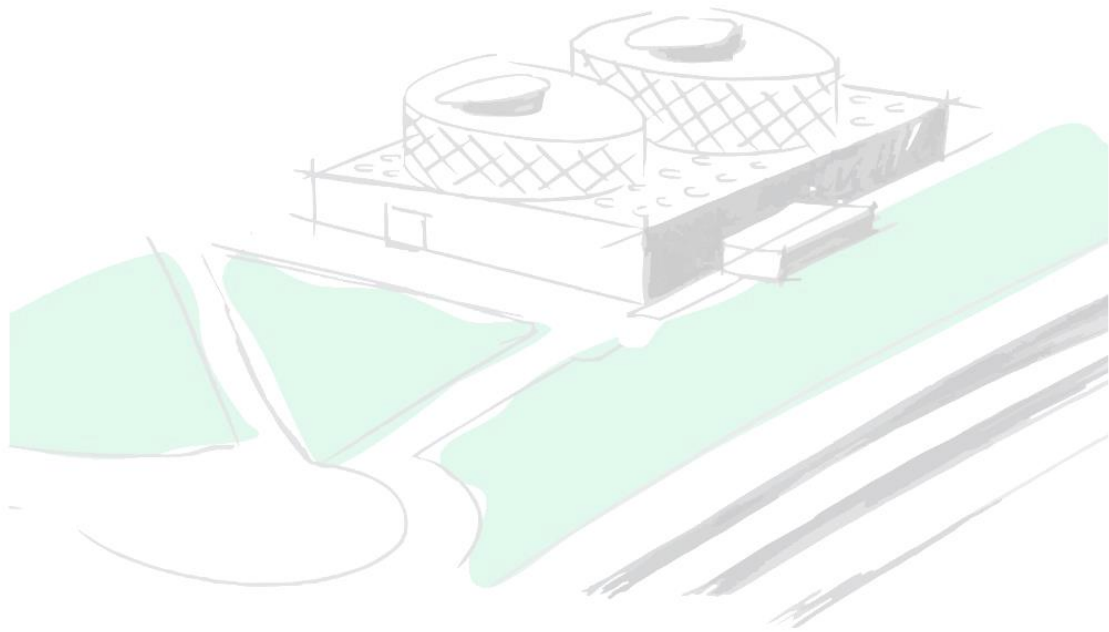
- Actividad en quirófano: La actividad quirúrgica del residente en quirófano siempre se encontrará bajo supervisión de un adjunto responsable de forma presencial.
- Actividad de guardia: La actividad del médico residente durante la guardia siempre se encontrara bajo supervisión del médico adjunto, bien de forma presencial o de forma localizada.
- 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.

La figura de supervisión dependerá de la circunstancia y el momento de la misma:

- Jefe de Servicio.



- Tutor de residentes.
- Médico adjunto responsable de la actividad en el momento en que se produzca.
- Jefe de la guardia.
- Dirección médica.



## 7. ANEXOS

### 7.1. 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).

AREA ASISTENCIAL	R1	R2	R3	R4	R5
Trato y tratamiento: Presentarse e información a familiares y enfermo	3	2	1	1	1
Trato y tratamiento: Comunicación de malas noticias	3	2	2	1	1
Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta	3	1	1	1	1
Exploración física general y específica según la orientación clínica	3	1	1	1	1
Valoración de la gravedad de un paciente	3	2	1	1	1
Evaluación del estado mental de paciente	3	2	1	1	1
Monitorización de un paciente urgente	3	1-2	1-2	1	1
Decisión del destino del enfermo de urgencias	3	1-2	1	1	1
Utilización racional e interpretación de las pruebas complementarias básicas	3	1-2	1	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	3	1-2	1	1	1
Solicitud de interconsulta a especialistas	3	1-2	1	1	1
Actividad en planta de hospitalización.	3	1-2	1-2	1	1
Realización de técnicas diagnósticas no invasivas (ecografía urológica, flujometría, etc).	3	1-2	1	1	1
Realización de técnicas diagnósticas invasivas (cistoscopia, ecografía y biopsia transrectal de próstata, urodinamia y videourodinamia, cistoscopia, etc).	3	2	2	1	1
Realización de sondaje vesical	3	1-2	1	1	1
Manejo del paciente portador de sonda vesical (recambios, lavados, etc)	3	1-2	1	1	1
Implante de catéteres urinarios distintos de sonda vesical (nefrostomía, catéteres doble J)	3	2	2	2	2
Utilización de principales fármacos de la urgencia	3	1-2	1	1	1
Uso racional de antibióticos y fármacos	3	1-2	1	1	1
Valoración inicial del traumatismo genitourinario	3	1-2	1-2	1	1
Valoración urgente del paciente con complicaciones infecciosas del tracto urinario	3	1-2	1-2	1	1
Valoración urgente de la hematuria macroscópica	3	1-2	1	1	1

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.

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Valoración urgente del cólico renoureteral	3	1-2	1	1	1
Valoración urgente del escroto agudo	3	1-2	1-2	1	1
Valoración de la hemorragia urológica postquirúrgica	3	1-2	1-2	1	1
Exploración neuro-urológica de la pelvis masculina y femenina.	3	2	1-2	1	1
Cirugía renal (abierta, laparoscópica y robótica)	3	3	2	2	2
Cirugía renal percutánea	3	3	2	2	2
Cirugía adrenal (abierta, laparoscópica y robótica)	3	3	2-3	2	2
Cirugía retroperitoneal (abierta, laparoscópica y robótica)	3	3	2-3	2	2
Cirugía endourológica del tracto urinario superior (ureterorenoscopia semirrígida y flexible, pielografía, etc)	3	2-3	2	2	2
Cirugía endourológica del tracto urinario inferior (resección transuretral de vejiga, resección transuretral próstata, laser próstata, etc).	3	2-3	2	2	2
Cirugía abierta de la vejiga (cistectomía parcial, radical, ampliación vesical, etc) tanto abierta como laparoscópica y robótica.	3	2-3	2	2	2
Cirugía prostática abierta, laparoscópica y robótica (adenomectomía, prostatectomía radical, etc)	3	2-3	2	2	2
Cirugía transperitoneal de la pelvis femenina abierta, laparoscópica y robótica (colposacropexia, implante de esfínter femenino, etc)	3	2-3	2-3	2	2
Cirugía transvaginal (incontinencia, prolapso de órganos pélvicos, etc)	3	2-3	2-3	2	2
Cirugía reconstructiva del tracto urinario superior (pieloplastia, reconstrucciones ureterales, reimplantes ureterales) abierta, laparoscópica y robótica.	3	2-3	2-3	2	1
Cirugía reconstructiva del tracto urinario inferior (uretroplastia termino-terminal o de ampliación, uretostomía perineal, etc)	3	2-3	2-3	2	2
Cirugía andrológica (incurvación peneana, cirugía de la disfunción eréctil, etc).	3	2-3	2-3	2	2
Cirugía menor (vasectomía, circuncisión, frenuloplastia, etc)	2-3	2-3	2	2	2