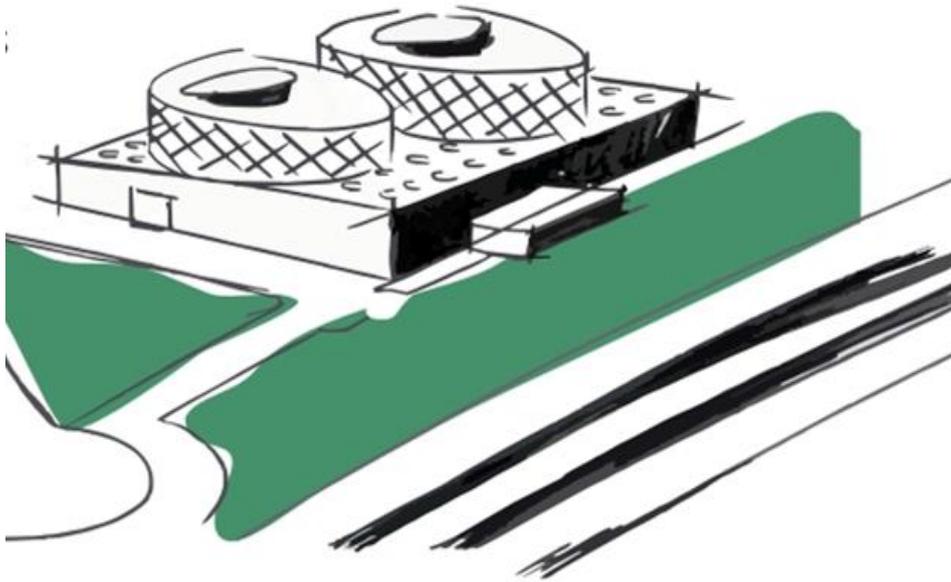


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE APARATO DIGESTIVO



Aprobado por la Comisión de Docencia en su reunión de 14 de octubre de
2021

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

INDICE

| | |
|---|----|
| 1.INTRODUCCIÓN | 2 |
| 2. NORMATIVA APLICABLE | 2 |
| 3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION..... | 3 |
| 4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL | 4 |
| 4.1. Definición de los niveles de Supervisión | 4 |
| 4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización | 5 |
| 4.3. Asistencia a pacientes en hospital de día | 5 |
| 4.4. Asistencia a pacientes en consulta externa..... | 6 |
| 4.5. Asistencia a pacientes en exploraciones digestivas | 6 |
| 4.6. Asistencia a pacientes en guardias | 7 |
| 4.6.1. Residente de primer año..... | 9 |
| 4.6.2. Residente de segundo año..... | 10 |
| 4.6.3. Residente de tercer año..... | 11 |
| 4.6.4. Residente de cuarto año..... | 11 |
| 5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS..... | 12 |
| 6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS QUE EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO | 13 |
| 7. ANEXOS..... | 14 |
| 7.1 Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Hospitalización..... | 14 |
| 7.2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Consultas externas | 15 |
| 7.3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en técnicas diagnósticas y terapéuticas..... | 16 |
| 7.4. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en guardia médica..... | 17 |

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:

- **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 SAS/2854/2009 de 9 de octubre** por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo
- **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 Aparato Digestivo, 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

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.

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).

Los objetivos **específicos** del residente de Aparato Digestivo, están definidos en el programa formativo de la especialidad (*Orden SAS/2854/2009*).

El Especialista del Aparato Digestivo debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para orientar clínicamente el diagnóstico de los pacientes con enfermedades digestivas, aplicar las pruebas complementarias más apropiadas siguiendo criterios de coste/beneficio que contribuyan a realizar este diagnóstico, determinar el pronóstico y recomendar la terapéutica más apropiada, lo que implica:

- a. Tener una sólida formación en medicina interna y amplios conocimientos sobre fisiopatología, clínica, prevención y tratamiento de las enfermedades digestivas así como de sus indicaciones quirúrgicas.
- b. Dominar las técnicas relacionadas con la especialidad, principalmente la endoscopia y ecografía digestiva diagnóstica y terapéutica, debiendo conocer así mismo en profundidad, la interpretación de las técnicas de imagen.
- c. Tener una amplia experiencia clínica a través del contacto directo con pacientes en el hospital y la consulta externa a fin de ser un experto en las diferentes fases del curso evolutivo de las enfermedades digestivas.
- d. Conocer y saber aplicar conceptos relacionados con la medicina preventiva, salud pública, epidemiología clínica, bioética y economía sanitaria, así como conocimientos sobre investigación clínica de forma que éste especialista tenga una mentalidad crítica en el análisis de la bibliografía médica.

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 de Aparato digestivo será asignado al adjunto responsable de la planta de hospitalización.

Desde el punto de vista teórico, el especialista en formación entrará en contacto con los pacientes que presentan problemas diagnósticos y terapéuticos complejos. De forma progresiva se producirá el aprendizaje tanto del manejo global de los pacientes con enfermedades digestivas y como la patología específica de los pacientes ingresados.

Desde el punto de vista asistencial debe adquirir conocimientos para realizar una correcta anamnesis y exploración física, para la elaboración de la Historia clínica. Debe ser capaz de realizar una correcta elección de las pruebas complementarias para el plan diagnóstico, así como iniciar (bajo supervisión directa y continua) el aprendizaje para instaurar el tratamiento. Debe adquirir una completa competencia para la elaboración de los informes de alta hospitalaria. Además debe ser capaz de realizar una correcta valoración de los pacientes por los que se interconsulte en digestivo.

Debe estar supervisado siempre por un Médico de Plantilla, pero progresivamente adquirir competencia hasta tener la capacidad de realizar todo el trabajo por sí mismo con una supervisión posterior del médico adjunto asignado en planta.

A nivel técnico desde primer año de residencia tiene que formarse en la realización de paracentesis diagnóstica y evacuadora, con control ecográfico si se precisa. La supervisión de la técnica será progresiva, y al final de la residencia debe ser completamente autónomo y realizar dicho procedimiento de forma independiente sin supervisión directa.

4.3. Asistencia a pacientes en hospital de día

Durante los períodos de rotación en hospitalización, el médico en formación también debe realizar actividad asistencial en el hospital de día, donde es fundamental el aprendizaje de los tratamientos que habitualmente se realizan a los pacientes en éste

régimen (terapia biológica en el caso de enfermedad inflamatoria intestinal, antibióticos intravenosos en los casos concretos, hierro intravenoso para aprender manejo de la anemia grave), así como para realizar paracentesis diagnósticas y evacuadoras. En el inicio de su formación tendrá una supervisión directa por el médico adjunto que tenga asignado en planta de hospitalización. Progresivamente debe adquirir competencias para tener, llegado el cuarto año de residencia, una supervisión a demanda, sin necesidad de supervisión directa.

4.4. Asistencia a pacientes en consulta externa

Existen numerosas enfermedades del aparato digestivo de gran relevancia por su alta prevalencia y complejidad que son diagnosticadas y tratadas preferentemente en régimen de consulta externa o en atención primaria (hepatitis crónica viral, esteatohepatitis no alcohólica, síndrome de intestino irritable, enfermedad por reflujo, enfermedades relacionadas con *Helicobacter pylori*). Por otra parte, gran parte del control de pacientes con enfermedades graves (cirrosis hepática, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer digestivo) se efectúa en régimen ambulatorio. Por ello, es esencial que el residente del Aparato Digestivo realice su periodo formativo no solo en el hospital sino también en dispositivos de atención al paciente ambulatorio

Como recomienda el programa formativo de la especialidad, el residente dedicará, a lo largo de su periodo formativo, un periodo de su formación a la atención en consulta externa, atendiendo inicialmente enfermos nuevos (primeras consultas) y posteriormente nuevos y revisiones. Su consulta será la correspondiente al médico adjunto de plantilla que le sea asignado y bajo la supervisión del mismo.

En el primer año de residencia deberá rotar en más proporción de tiempo en la consulta general de aparato digestivo, tomando contacto después con las patologías más complejas valoradas en las consultas monográficas de la especialidad. Progresivamente a lo largo de los siguientes años de residencia, deberá ir adquiriendo competencias para ser capaz, especialmente en el cuarto año de residencia de ser capaz de pasar una consulta completa, sin una supervisión directa, sino con una con supervisión a demanda, con el adjunto de la especialidad al que esté asignado.

4.5. Asistencia a pacientes en exploraciones digestivas

El residente de aparato digestivo debe formarse de manera progresiva para realizar la totalidad de pruebas que forman parte de la especialidad. El primer año requerirá supervisión directa en todas las técnicas e irá alcanzando en los años sucesivos la capacitación suficiente para realizarlas de forma independiente, habitualmente supervisado, salvo en el último año de residencia donde debe ser capaz de realizar la mayoría de las pruebas digestivas con supervisión a demanda, salvo la ecoendoscopia terapéutica, la colangiografía retrógrada endoscópica y técnicas de endoscópica terapéutica complejas, en las que seguirá requiriendo un nivel de supervisión mayor.

Las pruebas en las que tendrá que formarse el residente son: endoscopia digestiva (gastroscopia diagnóstica y terapéutica, colonoscopia diagnóstica y terapéutica, ecoendoscopia diagnóstica y terapéutica, colangiografía retrógrada endoscópica, pmetría, manometría esofágica y anorectal, elastografía hepática y ecografía).

El residente de aparato digestivo, deberá formarse de forma paralela en la endoscopia urgente, especialmente la referida a hemorragia digestiva, por tratarse de una eventualidad frecuente en las enfermedades gástricas, intestinales y hepáticas, en las que el especialista del Aparato Digestivo es el responsable fundamental del diagnóstico y en muchas ocasiones del tratamiento. El último año de la especialidad debe adquirir una capacitación máxima y realizar dichas endoscopias de forma independiente, con supervisión a demanda por el adjunto que tenga asignado en la unidad de endoscopias.

4.6. Asistencia a pacientes en guardias.

Generalidades sobre las guardias de Urgencias:

La Unidad de Urgencias del HURJC ofrece continuidad asistencial, con una visión continua 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: Enfermería y Auxiliares de Enfermería.
- Personal No Sanitario: administrativos, celadores, personal de seguridad y 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.

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 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. 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.
 - Pacientes que requieren tratamiento con vía venosa periférica mantenida.
 - Pacientes con 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. Es una sala de agudos para pacientes con nivel de gravedad 2 y 3 que precisen valoración inicial rápida, 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.

Generalidades sobre las guardias de Hospitalización:

La hospitalización requiere un soporte asistencial médico las 24 h del día, por lo que es imprescindible que fuera del turno habitual de trabajo se organicen equipos de guardia para proporcionar cuidados y para mantener la continuidad asistencial.

Los equipos de guardia de hospitalización lo conforman habitualmente dos médicos adjuntos especialistas de Medicina Interna o de otras especialidades médica y un residente, que habitualmente será a partir del segundo año de residencia.

El centro hospitalario da cabida a 358 camas individuales para ingresos. Durante la guardia el médico residente llevará el busca de hospitalización en primera llamada,

además realizará la valoración de los ingresos nuevos, así como valorará pacientes ya ingresados que precisen asistencia urgente durante la guardia. El nivel de supervisión será progresivo. Desde segundo año de formación, el residente podrá desarrollar de forma independiente la tarea de anamnesis y exploración del paciente, necesitando supervisión en las tareas de solicitud de pruebas y ajuste de tratamiento. En tercer y cuarto año, la supervisión irá decreciendo, para favorecer la autonomía del residente, que en el último año de residencia debe presentar únicamente una supervisión a demanda.

En el caso de los residentes de Aparato Digestivo, durante el tercer y cuarto año de residencia, además se encargarán de la “primera llamada” de los pacientes con patología digestiva, así como de valorar la indicación de endoscopia urgente de los pacientes que pudieran requerirla. Realizará las endoscopias urgentes que surjan durante la guardia, y durante el tiempo de duración de la endoscopia, la supervisión será directa y se realizará siempre por el adjunto de Aparato Digestivo, que se encuentra de guardia localizada de endoscopias.

En el período de rotación del residente de cuarto año de Aparato digestivo, por la unidad de cuidados intensivos, el residente realizará guardias en dicho servicio de forma exclusiva, y estará supervisado por el médico adjunto de cuidados intensivos que esté de guardia y le sea asignado.

4.6.1 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.
- 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 aparato digestivo 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.

En la tabla 1 se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

4.6.2 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. 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.

Ubicación del residente de segundo año.

- En las guardias de Urgencias: 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 medicina interna, cardiología, neumología, neurología, digestivo y oncología, también en observación, con una progresiva mayor autonomía. 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.
- En las guardias de hospitalización: la ubicación del residente de segundo año, será en la planta de hospitalización médica. Supervisado de forma directa en

la mayoría de su actividad, salvo en la realización de anamnesis y exploración física. Llevará el busca de medicina interna de primera llamada.

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 y en planta de hospitalización, 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.

4.6.3 Residente de Tercer año

Objetivo principal:

Consolidar los objetivos expuestos previamente, pudiendo realizar de forma autónoma la valoración de gravedad del paciente, la realización de un correcto diagnóstico diferencial básico, la solicitud e indicación de pruebas complementarias básicas, así como ser capaz de proporcionar información a pacientes y familiares. Será capaz de tomar decisiones respecto al destino del paciente, ya sea alta o ingreso, en el ámbito de urgencias.

Ubicación del residente de tercer año.

- En las guardias de urgencias: La ubicación del residente de tercer año en el área de urgencias será en cualquiera de las zonas del área médica (consultas, boxes, observación), 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.
- En las guardias de hospitalización: la ubicación del residente, será en la planta de hospitalización médica. Supervisado de forma diferida en la mayoría de su actividad. Llevará el busca de medicina interna de primera llamada.

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 3 se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

4.6.4 Residente de Cuarto año

Objetivo principal:

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:

- En las guardias de urgencias: La ubicación del residente de cuarto 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.
- En las guardias de urgencias: la ubicación del residente será en la planta de hospitalización médica. Realizará la mayoría de su actividad de forma autónoma, teniendo supervisión por parte del adjunto de medicina interna, sólo si así lo solicita. Llevará el busca de medicina interna de primera llamada.

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.

ADDENDUM ENDOSCOPIAS URGENTES DURANTE LAS GUARDIAS DE HOSPITALIZACIÓN:

Los residentes de Aparato Digestivo de tercer y cuarto año de residencia durante las guardias de hospitalización, se encargarán de la “primera llamada” de los pacientes con patología digestiva, así como de valorar la indicación de endoscopia urgente de los pacientes que pudieran requerirla. Además realizarán las endoscopias urgentes que surjan durante la guardia, y durante el tiempo de duración de la endoscopia, la supervisión será directa y se realizará siempre por el adjunto de Aparato Digestivo, que se encuentra de guardia localizada de endoscopias.

GUARDIAS DE CUIDADOS INTENSIVOS:

En el período de rotación del residente de cuarto año de Aparato digestivo, por la unidad de cuidados intensivos, el residente realizará guardias en dicho servicio de forma exclusiva, y estará supervisado de forma directa por el médico adjunto de cuidados intensivos que esté de guardia y le sea asignado.

4. 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.
- En el ámbito de las terapéutica endoscópica, el médico especialista debe supervisar de forma directa todas las técnicas que realice el residente de primer y segundo año. A medida que el residente adquiere mayores competencias se realizará una supervisión más indirecta o diferida, especialmente en el último año de residencia, donde el residente debe ser totalmente autónomo para la realización de la mayoría de las técnicas endoscópicas, salvo ecoendoscopia terapéutica, colangiopancreatografía endoscópica y técnicas endoscópicas complejas, donde seguirá requiriendo supervisión directa.

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, a continuación:

- Situaciones de especial gravedad
- Cambios de ingreso de otros servicios a cargo de Aparato Digestivo
- Traslado de centro
- Cuando proceda informar a las autoridades judiciales.
- Debates éticos en pacientes críticos.
- En relación con las distintas áreas y competencias de la especialidad ya se han especificado los distintos niveles de supervisión en el protocolo de supervisión, únicamente enfatizar en cuanto a técnicas invasivas la terapéutica endoscópica avanzada.

7. ANEXOS

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

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 |
|---|-----------------|-----|-----|----|
| Realización entrevista clínica | 2-3 | 1-2 | 1-2 | 1 |
| Exploración Física | 2-3 | 1-2 | 1 | 1 |
| Identificar problemas clínicos y planificar actitudes diagnósticas | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Indicación de pruebas complementarias | 2-3 | 1-2 | 1 | 1 |
| Interpretación de resultados de pruebas complementarias | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Familiarizarse con los procedimientos diagnósticos, técnicas y procedimientos específicos | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Saber cómo debe seguirse la evolución de los pacientes y profundizar en la historia natural de las enfermedades | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Reconocer enfermedades del paciente | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Elaboración juicio clínico presunción | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Realización de Plan terapéutico | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Realización de Informe de Alta | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Ser capaz de interpretar electrocardiograma, intubar, insertar accesos venosos, realizar RCP Avanzada. | 3 3 2-3 1 | | | |
| Paracentesis diagnóstica y evacuadora | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Comunicación interpersonal con los pacientes | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Comunicación interpersonal con familiares | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Manejo situaciones difíciles (malas noticias, autopsias, pacientes violentos) | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Información en situaciones al final de la vida | 3 | 2-3 | 1-2 | 1 |
| Manejo de enfermedades clínicas prevalentes | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Atención de pacientes con patología digestiva complejas (hepatopatía crónica, ICC, Insuficiencia renal, desnutrición....) | 2-3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Presentación casos clínicos en el servicio | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Realización de sesiones clínicas. | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Búsquedas bibliográficas | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Presentación en reuniones científicas de fuera del | 2-3 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | |
|---|-----|---|---|---|
| hospital | | | | |
| Impartir enseñanza práctica a los estudiantes | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Solicitud consentimiento informado (explicar procedimientos, indicaciones-contraindicaciones y complicaciones de las técnicas más comunes en Digestivo) | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Organización curriculum | 2-3 | 2 | 1 | 1 |

7.2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en *Consultas externas*:

| AREA ASISTENCIAL | R1 | R2 | R3 | R4 |
|---|-----|-----|-----|----|
| 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 funcional y entorno social del paciente | 2-3 | 1-2 | 1 | 1 |
| Realizar de forma sistemática la exploración física específica | 2-3 | 2 | 1 | 1 |
| Elaboración juicio clínico presunción | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Solicitar estudios complementarios adecuados a la valoración clínica realizada. | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Interpretación de resultados | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Realización de Plan terapéutico | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Manejo de la historia clínica electrónica. | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Comprender la historia natural de las enfermedades digestivas | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Familiarizarse con los problemas digestivos del ámbito extrahospitalario | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Aprender cómo estudiar y diagnosticar a los pacientes con problemas digestivos ambulatorios. | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Experiencia en el cuidado continuado de los pacientes con problemas crónicos | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Realización de Informe de Consultas externas | 3 | 2 | 1-2 | 1 |
| Comunicación con otros profesionales sanitarios | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Familiarizarse con problemas administrativos y burocráticos derivados de la aplicación de determinados tratamientos y control de los mismos | 3 | 2 | 1-2 | 1 |

7.3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en técnicas diagnósticas y terapéuticas:

| AREA ASISTENCIAL | R1 | R2 | R3 | R4 |
|---|----|-----|-----|----|
| Radiografía de tórax (interpretar) | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Radiografía de abdomen (interpretar) | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Tac abdominal (interpretar) | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| RMN abdominal (interpretar) | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Estudios Baritados (interpretar) | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Gastroscopia diagnóstica con toma de muestras | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Gastroscopia terapéutica: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Inyección mucosa de sustancias hemostáticas sobre úlceras pépticas o lesiones sangrantes. | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Colocación de clip hemostáticos. | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Extracción de cuerpo extraño | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Ligadura varices esofágicas | 3 | 3 | 2-3 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento varices gástricas con inyección de cianocrilato | 3 | 3 | 2-3 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Ablación con radiofrecuencia de Esófago de Barrett | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Inyección de toxina botulínica en Achalasia | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Resección mucosa endoscópica gástrica. | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Cromoendoscopia de cribado gástrico | 3 | 2-3 | 2-3 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Colocación de prótesis en tracto digestivo superior | 3 | 2-3 | 2-3 | 2 |
| Colonoscopia diagnóstica con toma de muestras e ileoscopia | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Colonoscopia terapéutica: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Inyección mucosa de sustancias hemostáticas sobre úlceras pépticas o lesiones sangrantes. | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Colocación de clip hemostáticos. | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Resección de pólipos colónicos pediculados | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Resección mucosa endoscópica del lesiones sésiles y planas < 2cm | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Resección mucosa endoscópica del lesiones sésiles y planas > 2cm | 3 | 2-3 | 2-3 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Cromoendoscopia virtual de lesiones colónicas | 3 | 2-3 | 2-3 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Cromoendoscopia con tinción para cribado en la EII | 3 | 2-3 | 2-3 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Colocación de prótesis en tracto digestivo inferior | 3 | 2-3 | 2-3 | 2 |

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

| | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|
| Manometría esofágica | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Manometría ano-rectal | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Ph-metría | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Cápsula endoscópica | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Gastrostomía endoscópica percutánea | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Elastografía | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Ecografía digestiva | 3 | 2-3 | 2 | 1 |
| Ecoendoscopia diagnóstica | 3 | 2-3 | 2-3 | 2 |
| Ecoendoscopia terapéutica con punción | 3 | 2-3 | 2-3 | 2 |
| Drenaje de colecciones pancreáticas con prótesis de aposición luminal | 3 | 2-3 | 2-3 | 2-3 |
| Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica | 3 | 2-3 | 2-3 | 2 |
| Enteroscopia de doble balón | 3 | 2-3 | 2-3 | 2 |
| Estudios funcionales de aliento | 3 | 2-3 | 2 | 1 |

7.4. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en guardia médica:

| AREA ASISTENCIAL | R1 | R2 | R3 | R4 |
|---|-----|-----|-----|----|
| 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 | 3 | 2-3 | 1 | 1 |
| Sondaje 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, | 2-3 | 2 | 1 | 1 |

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|---|
| nebulizaciones, oxigenoterapia, indicación de los principales fármacos utilizados en el Área de Urgencias y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada. | | | | |
| 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 | 3 | 2 | 1 | 1 |

