PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA INTENSIVA

VERSIÓN / REVISIÓN	FECHA	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSIÓN / REVISIÓN ANTERIOR

Este documento es propiedad del Hospital Universitario de Móstoles. Su difusión total o parcial al exterior no se puede efectuar sin la autorización de la Dirección de Gerencia. Los responsables de los Servicios o Unidades en los que sea de aplicación deben difundirlo entre los profesionales que se haya determinado que tienen que conocerlo o utilizarlo.

REDACTADO	VALIDADO	APROBADO
Grupo de trabajo: **Tutor de residente** Fdo.: Dra. Margarita Mas Lodo	**Director Médico** Fdo.: Dra. Celia García Menéndez **Responsable de servicio** Fdo.: Dra. Margarita Mas Lodo	**Jefe de Estudios** Fdo.: Dra. María Segura Bedmar
Fecha: **Marzo 2022**	Fecha: **18/11/2022**	Fecha: **07/04/2022**

ÍNDICE

1. OBJETO 4
2. ALCANCE 4
3. RESPONSABILIDADES 4
4. PROCESO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES 5
4.1. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTENSIVA 6
4.2. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL RESIDENTE DE MEDICINA INTENSIVA 9
4.3. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL ADJUNTO ESPECIALISTA DE MEDICINA INTENSIVA 12
GESTIÓN PARA LA IMPLANTACION 13

1. OBJETO

La formación de los residentes se lleva a cabo mediante la práctica profesional estructurada, programada y supervisada. Los protocolos escritos de supervisión permiten analizar y pormenorizar las situaciones en las que se desarrolla la formación y la actividad docente y garantizar al mismo tiempo la seguridad de los pacientes y la del residente. El protocolo que concreta la supervisión forma parte de los procedimientos de trabajo del servicio, lo que posibilita que la supervisión tenga un carácter activo e independiente de la demanda individual, siempre atendiendo al carácter progresivo de la responsabilidad de los residentes. En este documento se incluyen algunos aspectos organizativos del servicio que tienen relación directa con la supervisión de los residentes.

2. ALCANCE

Protocolo de supervisión de los residentes de M. Intensiva y de los residentes rotantes durante su estancia en el servicio de M. Intensiva.

3. RESPONSABILIDADES

DIRECCIÓN GERENCIA	- Promover la elaboración del protocolo de supervisión
DIRECCIONES MÉDICA Y ENFERMERIA **RESPONSABLES DE SERVICIO/UNIDAD**	- Validar el protocolo de supervisión - Una vez aprobado, difundirlo entre los responsables intermedios.
COMISIÓN DE DOCENCIA	- Aprobar protocolo de supervisión de la especialidad
RESPONSABLES DE SERVICIOS/UNIDADES Y TUTORES	- Difundirlo entre el personal a su cargo. - Trasladar a las direcciones correspondientes las sugerencias que puedan mejorar el protocolo de supervisión - Velar por el cumplimiento del protocolo de supervisión
GRUPO DE NORMALIZACION Y ORDENACION DOCUMENTAL	- Revisión y aprobación formal del documento.
UNIDAD DE DOCENCIA	- Codificar. - Archivar copia firmada una vez aprobados (documentos de alcance general y limitado). - Publicar en la Intranet como documento electrónico (documentos de alcance general y limitado) y en página web
COMUNICACIÓN	- Notificar aviso de publicación en la Intranet y publicarlo en la web

4. PROCESO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES

El sistema formativo de residencia está basado en recibir una formación y prestar un trabajo que permita al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avancen en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

El 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, en el capítulo V, artículos 14 y 15, establece las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

- *"El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte del residente. Dicho sistema 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"*
- *"En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten"*
- *"La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el residente esté rotando o prestando servicios de atención continuada"*
- *"La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año, 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 o unidad, 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"*
- *"Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales docentes e investigadoras"*

De todo lo anterior, deriva un deber general de supervisión inherente por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes.

Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas.

4.1. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Para la elaboración de los objetivos docentes se ha utilizado como base el Programa Oficial de la Especialidad (POE) publicado en 1.984. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/docs/medicinaIntensiva2010.pdf , el borrador del nuevo programa, disponible en la página web de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias, http:/www.semicyuc.org, Se adapta al programa europeo de Medicina Intensiva (programa de CoBaTrICE), disponible en www.cobatrice.org y un documento de trabajo publicado en 2007 en la revista Medicina Intensiva, órgano oficial de la Sociedad, que incluye las competencias profesionales para la atención a pacientes críticos.

i. Objetivos docentes generales

El servicio no sólo pretende la formación técnica en la especialidad, sino el desarrollo y la formación global como médico del residente que realiza su formación en nuestro servicio. Cada miembro del servicio procurará acompañar al residente y asesorarle, en función de sus necesidades y nivel de formación previo y para la obtención de los siguientes objetivos generales:

a. Adquisición de competencias profesionales entendidas como un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que den respuesta a las necesidades del paciente crítico.

b. Identificación de las situaciones urgentes y de emergencia; diagnóstico y manejo basado en prioridades y aplicación de conceptos fisiopatológicos como parte esencial del modo de trabajo.

c. Capacidad para valorar los resultados de los tratamientos proporcionados a los pacientes y de la relación con sus familiares.

d. Capacidad para trabajar en equipo y conocimientos de la relación coste/beneficio de los distintos procedimientos empleados.

ii. Objetivos docentes específicos

Al final del periodo formativo de 5 años el residente de Medicina intensiva habrá conseguido adquirir:

a. Conocimiento teórico global del campo de la Medicina Intensiva. Las bases del conocimiento científico incluyen:

i) Conocimientos sólidos en Medicina Interna; como punto de partida la Medicina Intensiva requiere una sólida base en Medicina Interna, por lo que el inicio de los programas teóricos comprende un periodo dedicado a esta formación general. Incluye adquisición y mejora de habilidades para:

(1) Realizar correctamente la historia y la exploración clínicas.

(2) Toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas.

(3) Redacción correcta de informes clínicos.

(4) Comunicar información adecuadamente en una sesión clínica y participar en reuniones de trabajo.

ii) Fisiopatología; la especialidad tiene una clara proyección fisiopatológica, ya que la Medicina Intensiva incide en el estudio de los mecanismos por los que las enfermedades pueden conducir a una situación en que la vida esté amenazada. Es fundamental la adquisición de conocimiento profundo y detallado de la fisiología de los órganos y sistemas, de los mecanismos por los que se altera, y de los medios para preservar y mejorar la función

de los órganos afectados para mantener la vida del paciente. Se hará especial hincapié en la fisiopatología cardiovascular, respiratoria, renal y medio interno y en los trastornos de conciencia y circulación cerebral. Manejo de diagnósticos clínicos y funcionales que determinaran el nivel de soporte que debe recibir el enfermo.

iii) Bioingeniería; conocimientos necesarios para el manejo de los diversos dispositivos de soporte vital. Conocimiento y manejo de los sistemas de registro de presiones y métodos de monitorización más frecuentes y sus calibraciones. Monitorización respiratoria y alarmas de ventiladores.

b. Experiencia clínica adecuada de los problemas habitualmente tratados en los servicios de Medicina Intensiva y competencia clínica, es decir capacidad para utilizar los conocimientos, las habilidades, mantener las actitudes y el buen juicio.

c. Destrezas necesarias para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos proporcionados a los pacientes críticos y realizados en los S. de Medicina Intensiva.

d. Capacidad para aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más apropiados al paciente crítico y valoración de la responsabilidad que el intensivista tiene en la asignación y utilización de los recursos.

e. Criterio para realizar una práctica clínica segura: identificar y evitar eventos adversos.

f. Capacidad para cumplir los estándares éticos, con especial referencia a la asistencia al final de la vida y a la limitación del esfuerzo terapéutico. Debe adquirir una formación centrada en el paciente y en la visión que tiene de su propia enfermedad. La formación del residente debe hacer especial hincapié en los aspectos humanos de su actividad; instrucción en los principios de la bioética: Beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia. Su enseñanza se debe incluir en los programas teórico-prácticos como un aspecto básico de la formación.

g. Conocimiento de habilidades de comunicación con los pacientes y los familiares. Debido a la trascendencia e impacto que la información puede producir, los residentes deben ser instruidos específicamente en el modo de proporcionarla.

Conocimiento aspectos básicos de la gestión y organización: Criterios de ingreso y alta de la UCI, estructura funcional y organizativa de la UCI, conocimiento de indicadores pronósticos y escalas de intensidad de tratamiento. Aspectos financieros de la Medicina Intensiva y de la estructura sanitaria del medio donde desarrolla su trabajo.

h. Conocimientos y habilidades realizar una búsqueda bibliográfica y la lectura crítica de información biomédica.

i. Conocimientos de metodología y técnicas básicas de investigación; estadística y epidemiología clínica a un nivel adecuado para colaborar en un proyecto y con capacidad para integrarse en un equipo investigador.

j. Conocimientos de Bioética en relación con la investigación.

k. Adquisición de habilidades para la redacción de trabajos sencillos de investigación biomédica.

l. Aprendizaje de la importancia que tiene la evidencia científica en la toma de decisiones y en la mejor utilización de los recursos asistenciales. Protocolos y guías específicos según proceso.

m. Conocimientos para evaluar la actividad asistencial y mejora de la calidad.

n. Capacidad para tomar decisiones y asumir la responsabilidad completa que implica la asistencia a los enfermos críticos.

o. Disposición para trabajar en entornos o en situaciones de incertidumbre, de forma

estructurada y sistemática. Esto no sólo no es un inconveniente sino que forma parte del proceso de aprendizaje.

p. Capacidad de promover y adaptarse al cambio.

q. Capacidad de integración en un equipo de trabajo. Capacidad de liderazgo.

r. Adquisición de habilidades para la docencia médica.

Los contenidos específicos de estos objetivos se estructuran por sistemas y áreas de conocimiento:

- Reconocer los mecanismos por los que las enfermedades pueden conducir a una amenaza vital.
- Realizar diagnóstico y tratamiento de las enfermedades médicas, postoperatorias y traumáticas que con más frecuencia se relacionan con situaciones críticas. Espacialmente referido a enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, gastrointestinales, renales, hematológicas, oncológicas, endocrinas y obstétricas.
- Reconocimiento, control y tratamiento de la insuficiencia orgánica aguda y crónica descompensada y del fracaso multiorgánico:
- Reconocer y manejar pacientes con fracaso hemodinámico. Conocimiento de todos los tipos de shock, cardiogénico y no cardiogénico
- Reconocer y manejar pacientes con insuficiencia respiratoria aguda/lesión pulmonar aguda.
- Reconocer y manejar pacientes sépticos.
- Reconocer y manejar pacientes con o en riesgo de fracaso renal agudo.
- Reconocer y manejar pacientes o en riesgo de fracaso hepático/gastrointestinal agudo.
- Reconocer y manejar pacientes con alteración neurológica aguda.
- Reconocer y manejar pacientes con alteraciones severas de la coagulación.
- Reconocer las complicaciones de riesgo vital materno durante el embarazo y el parto.
- Reconocer las causas, tipos y gravedad del síndrome de disfunción multiorgánica.

• Conocimiento, valoración y tratamientos de las causas de descompensación de las insuficiencias orgánicas crónicas: insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, descompensación de hepatopatía crónica, alteraciones de la coagulación y hemostasia y complicaciones de los tratamientos anticoagulantes.

• Manejar la resucitación del paciente agudo crítico: Soporte vital avanzado cardiológico y traumatológico.

• Manejo del paciente intubado/traqueostomizado y ventilado mecánicamente. Retirada de la ventilación mecánica. Criterios y técnica. Decanulación y cierre de la traqueostomía.

• Atención al síndrome coronario agudo.

• Control y tratamiento del postoperatorio de alto riesgo.

• Diagnóstico control y tratamiento de las alteraciones agudas del medio interno.

• Vigilancia y control de la infección asociada a cuidados sanitarios en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con especial atención a la neumonía y la infección por catéter.

• Toxicología: Reconocimiento y tratamiento de las intoxicaciones.

• Tratamiento de las alteraciones nutricionales en pacientes críticos. Tipos de de nutrición artificial.

• Reconocimiento de la muerte encefálica. Conocimiento de la actuación ante el posible donante de órganos. Conocimiento de la estructura y funcionamiento de la Organización

Nacional de Trasplantes.

- Conocimiento de protocolos de actuación en los pacientes trasplantados.
- Analgesia y sedación.
- Actuación en catástrofes. Atención al paciente quemado. Traslado intra e interhospitalario de pacientes críticos.

El residente de Medicina Intensiva debe adquirir habilidad para realizar procedimientos prácticos, necesarios para atender a los pacientes críticos.

4.2. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL RESIDENTE DE MEDICINA INTENSIVA

NIVELES DE SUPERVISIÓN

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con el nivel de conocimientos y su experiencia, determinados de forma individual por, pero no sólo, el año de residencia, la formación previa del residente y especialidad de origen si son residentes de otra especialidad.

- Todas las habilidades que se adquieren durante los años del periodo formativo deben ser tutorizadas por el personal de plantilla. La supervisión se realizará de forma directa y de presencia física en el caso de los residentes de primer año, en todas las actividades asistenciales.
- Según se recoge en el programa de formación de la especialidad y en el RD 183/2008 las actividades se llevarán a cabo con responsabilidad progresiva y supervisión decreciente a medida que se avance en la adquisición de las competencias previstas en hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo y completo de la profesión como especialista.

A título orientativo los niveles que se consideran:

- Nivel de supervisión mínima o nivel 1 / Supervisión a demanda. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario. No excluye una supervisión rutinaria de situaciones predeterminadas en el protocolo.
- Nivel de supervisión media o nivel 2/ Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia como para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.
- Nivel de supervisión máxima, con nivel de responsabilidad mínima o nivel 3. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS RESIDENTES DURANTE LA ACTIVIDAD DIARIA.

Actividad realizada durante la mañana en la UCI:

1.- Atención al paciente ingresado en la UCI:

Residente y adjunto valorarán los aspectos más relevantes de la evolución de los pacientes asignados, con un grado de detalle acorde al grado de responsabilidad. El adjunto supervisará siempre los tratamientos y revisará y firmará todos los informes realizados por el residente. Como norma general la inserción de vías centrales y tubos tórax y las cardioversiones eléctricas programadas son realizados por los residentes siempre con supervisión (ver en apartado siguiente).

Información a los familiares se realizará como se describe:

Los residentes como norma general, deben informar acompañados por el adjunto que ha supervisado su trabajo. Los residentes de años superiores (cuarto y quinto año) eventualmente pueden informar sólos, a medida que adquieran responsabilidad y habilidad para comunicar información y dependiendo del contenido de la información a dar.

Contenido de la información:

El médico responsable informará a los familiares de una manera clara y concisa e intentando adaptarse a su nivel cultural, de los diversos aspectos de la situación del paciente:
1. Diagnóstico etiológico si ya se conoce o diagnósticos sindrómicos o juicios diagnósticos y las complicaciones que haya presentado o que puedan aparecer.
2. Nivel de gravedad
3. Plan de actuación tanto diagnóstico como de tratamiento con sus posibles complicaciones y efectos secundarios.
4. Pronóstico vital y estimación de la estancia en UCI

En las primeras informaciones tras el ingreso se aprovechará la información a los familiares para completar la historia clínica, realizar la historia de valores y analizar los objetivos vitales y preferencias del paciente.

Entrega a la guardia:

Reunión no estructurada en la que de forma sintética cada médico trasmite a los médicos de guardia la información más relevante de los pacientes y los aspectos a vigilar especialmente como actitudes terapéuticas realizadas y los resultados esperables, controles analíticos, información extra a familiares. Se realiza a última hora de la mañana. Es transmitida en general por el residente responsable del paciente.

2.- Atención continuada (primera llamada de interconsultas):
- Los residentes serán supervisados por el adjunto en todas las actividades asistenciales e informarán de todas las consultas de fuera del servicio; tomarán las decisiones (ingreso, realización de pruebas diagnósticas y técnicas instrumentales, traslado a otro centro...) conjuntamente con el adjunto; éste revisará todos los tratamientos. Esta supervisión se llevará a cabo de acuerdo con la complejidad de los pacientes y las necesidades individuales de cada residente, en relación con el año de residencia y el nivel de formación; el esquema básico supone una supervisión máxima y directa al inicio de la incorporación a las guardias, con delegación progresiva de responsabilidad y supervisión directa a demanda al final de la

residencia.

- Atención a todas las paradas cardiacas y las consultas de pacientes ubicados en el Box de parada (Box vital) y a los que están en situación crítica, ubicados en cualquier zona del Hospital: se realizará conjuntamente por el residente y el adjunto. Los residentes de 4º-5º año (y el de 3º año según progresión) con un nivel de conocimientos y responsabilidad suficientes realizan la primera valoración de forma autónoma e informará al adjunto. Evaluarán conjuntamente y adoptarán las decisiones apropiadas en todos los pacientes con insuficiencia respiratoria grave, en situación de shock de cualquier causa, pacientes en coma, politraumatizados, todas las consultas de pacientes con marcapasos relacionadas con los mismos.

- Técnicas: antes de realizar una técnica por primera vez el residente debe adquirir los conocimientos teóricos necesarios y ser capaz de explicar de forma sencilla como se lleva a cabo. Después observará la realización de las mismas (2-3 veces) por un residente con experiencia o un adjunto y posteriormente las realizará progresivamente con la supervisión de un adjunto. Los residentes de últimos años de M. Intensiva pueden realizar las técnicas más habituales (canalización de vías venosas y arteriales, inserción de tubos de tórax) de forma autónoma, solicitando supervisión a demanda. Deben conocer los protocolos necesarios para realizar las técnicas de forma segura: lavado de manos, protocolo bacteriemia ZERO.

- El residente consultará siempre al adjunto de los traslados de pacientes a otro centro por motivo médico o por falta de camas y si precisa de las gestiones para realizarlos. El adjunto participará en el caso de residentes de los primeros años, rotantes, al inicio de las guardias en UCI, o si la situación lo aconseja por cualquier otro motivo directamente acompañando al residente.

- El residente informará de todas las situaciones potencialmente dificultosas que se produzcan como información a familiares conflictivos y discrepancias con otros profesionales de dentro o fuera del Servicio o el Hospital.

3.- Residentes rotantes:
En los programas de formación de distintas especialidades médicas y quirúrgicas se recoge la rotación por el Servicio de Medicina Intensiva para cumplir los objetivos docentes de cada especialidad. Durante estos periodos de rotación los residentes serán supervisados en las actividades asistenciales directamente por el tutor de residentes y por todos los miembros del servicio de forma delegada. Realizarán guardias en el servicio si en su programa se contempla esta posibilidad, en las mismas condiciones y con el mismo nivel de supervisión que los residentes de Medicina Intensiva.

TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS RESIDENTES DURANTE LAS GUARDIAS.

Responden en primer término a todas las llamadas recibidas en el teléfono móvil de 1ª llamada de la UCI, que recoge al finalizar la sesión de pase de guardia; realiza la primera

valoración. Si no hay residente de guardia, durante la mañana el busca se adjudicará entre los residentes de forma rotatoria y equitativa por el adjunto de guardia. Como norma general las interconsultas que se realizan a la UCI se consideran urgentes, por lo que se atienden y se resuelven de forma rápida por el médico de guardia.

Comunican la razón de todas las consultas al adjunto de guardia, que lleva el teléfono móvil de 2ª llamada de la UCI. Si se decide un ingreso de un paciente el residente debe comunicarlo siempre al personal de enfermería de la Unidad, para preparar todos los dispositivos y fármacos que se precise. También deberá realizar el ingreso en la aplicación informática Selene. La rapidez en la tramitación del ingreso es de especial importancia para poder acceder al resto de las aplicaciones informáticas asistenciales.

Realizan la anamnesis y exploración completas y con posterioridad la historia clínica electrónica. Las pruebas complementarias al ingreso están protocolizadas según grandes grupos diagnósticos. Los datos analíticos se transcriben a una hoja específica de concentración de datos.

Informan a los familiares tras la estabilización del paciente. En caso de no conocer la identidad del paciente o en ausencia de familiares, contactarán con el Servicio de Atención al Paciente para que procedan a su identificación y localización.

Anotan un breve comentario en la historia de pacientes valorados a los que se decide no ingresar con el motivo de la consulta y la decisión adoptada.

La supervisión y relación con el médico adjunto será la misma indicada en el apartado de la actividad durante la mañana.

4.3. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL ADJUNTO ESPECIALISTA DE MEDICINA INTENSIVA

Como se describe en el RD 183/2008, de 8 de febrero, los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales dónde se formen los residentes tienen el deber de supervisarlos y dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
En el apartado previo ha quedado desarrollada la relación residente-médico adjunto y por tanto las tareas del facultativo.

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA INTENSIVA EN LAS ROTACIONES

- Los residentes tendrán como referencia a un médico adjunto para su supervisión por las distintas rotaciones por los distintos servicios y unidades, recogidas en el Programa y en el Plan Individual de Formación. El tutor supervisará el cumplimiento de los objetivos docentes y gestionará los planes individuales de formación. Su misión consiste en tutelar y orientar el aprendizaje personal y facilitar la adquisición progresiva de responsabilidades.
- La responsabilidad de tutor se delega en el tutor de los distintos servicios y en cada uno de los facultativos durante el tiempo que el residente esté bajo su tutela.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN INFORMACIÓN ADECUADA DEL ADJUNTO SOBRE LA ACTIVIDAD DEL RESIDENTE

Observación en el lugar de trabajo. Valoración de las competencias en las condiciones normales de trabajo.

- Supervisión de los residentes por un adjunto responsable durante la actividad de la asistencia durante la jornada laboral normal, de acuerdo con la complejidad de los pacientes y las necesidades individuales de cada residente según el grado de responsabilidad que le corresponda.
- Durante las guardias se realizarán al menos dos visitas completas a todos los pacientes ingresados en la UCI, ronda a pie de cama, para comentar los aspectos más relevantes a vigilar y los objetivos con cada paciente. Se comentarán los resultados de las analíticas solicitadas durante la guardia. Se comentarán estos aspectos con la enfermera. Se realizará esta actividad siempre que el trabajo lo permita y a la hora que resulte más útil para los pacientes, generalmente al principio de turno de tarde y noche.
- Revisión de las historias clínicas, la elaboración de juicios clínicos e informes de alta.
- Evaluación de la realización de técnicas en la práctica clínica habitual.
- Tutorización de las sesiones clínicas.

GESTIÓN PARA LA IMPLANTACION

PROMOTOR	- Dirección Gerencia
ELABORACIÓN	- Tutores de los Servicios/Unidades asistenciales
FECHAS DE ENTRADA EN VIGOR	- El día de fecha de aprobación por la C. Docencia
DIFUSIÓN	- En Intranet
REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO	- Bienal