PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

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.

PROTOCOLO SUPERVISIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

REDACTADO	VALIDADO	APROBADO
Grupo de trabajo: **Tutor de residente** Fdo.: Belén Rodríguez Maya	**Director Médico** Fdo.: Celia Garcia Menéndez	**Jefe de Estudios** Fdo.: María Segura Bedmar
	Jefe de servicio	
Fdo.: Carlos García Cerrada	Fdo.: Víctor Moreno Cuerda	
Fecha: **Marzo 2022**	Fecha: **27/01/2023**	Fecha: **26/01/2023**

ÍNDICE

1. OBJETO 4
2. ALCANCE 6
3. RESPONSABILIDADES 6
4. PROCESO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES 7
4.1. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA 8
4.2. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA 9
4.3. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL ADJUNTO ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA 14
5. GESTIÓN PARA LA IMPLANTACION 16
6. ANEXOS 17

1. OBJETO

Se entiende como supervisión la provisión de monitorización, guía y retroalimentación, para el desarrollo profesional, formativo y personal. Incluye la capacidad de anticipar debilidades y fortalezas en situaciones concretas que maximicen la seguridad del paciente. Hay evidencias de que la supervisión tiene un impacto favorable en los resultados clínicos y que su ausencia es peligrosa para los pacientes. La supervisión debe ser decreciente a lo largo del periodo formativo, de manera que el residente adquiera de forma progresiva la responsabilidad máxima inherente al ejercicio autónomo como especialista.

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.

El objetivo del presente protocolo es establecer de forma organizada el marco que garantice una supervisión adecuada de los residentes (tanto de Medicina Interna como de otras especialidades) durante su rotación en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Móstoles. El protocolo se basa en la siguiente normativa vigente:

- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

- Orden SCO/227/2007 (BOE 33/2007), de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna.

- 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 Ley44/2003, 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 delos servicios de salud: Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas. Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves.

- 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

2. ALCANCE

Este protocolo afecta a los residentes de Medicina interna del Hospital Universitario de Móstoles así como residentes de otras especialidades que puedan rotar por el Servicio de Medicina Interna y a los médicos adjuntos que forman parte del servicio, en cualquiera de sus áreas, tanto en el horario de jornada ordinaria como en las denominadas guardias médicas.

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 presten 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 MEDICINA INTERNA

El objetivo de la formación médica especializada es el de dotar a los profesionales de conocimientos técnicas habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (LOPS, artículo 15.2). El especialista en formación debe adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando (RD 183/2008, artículo 1).
El objetivo final es que el residente, al finalizar su periodo de formación haya alcanzado la competencia profesional de la especialidad. Se entiende por competencia profesional la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que les plantean (Ley 16 de cohesión y calidad del SNS, artículo 42).

El Real Decreto (RD) 183/2008 establece el "deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes". Por ello, cada uno de los miembros del servicio de Medicina Interna asumirá funciones de supervisor docente del residente mientras este esté bajo su cargo. La función de dicho supervisor docente será la de tutelar y orientar el aprendizaje personal por parte del residente y facilitar la asunción progresiva de responsabilidades por parte de éste, a medida que adquiera habilidades. Aparte de los médicos adjuntos, los residentes de Medicina Interna (excepto residentes de primer año) pueden ejercer como supervisores docentes de residentes más pequeños, siempre que las tareas que supervisan no sobrepasen su propio nivel de responsabilidad. Por su parte, el residente deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje (metacognición) y atendiendo a las indicaciones tanto de su supervisor docente como de su tutor, sin que ello suponga un perjuicio para plantear a dichos profesionales cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
Nunca se debe olvidar que el residente es médico, y tiene tanto el derecho a recibir docencia y supervisión como el deber de prestar una labor asistencial. Las funciones del Médico Internista se recogen el Programa Oficial de la Especialidad (BOE 33/2007), siendo la mayoría aplicables en el ámbito de la hospitalización. Así, "la Medicina Interna es una especialidad médica nuclear de ejercicio fundamentalmente hospitalario, que ofrece a los pacientes adultos una atención integral de sus

problemas de salud. La Medicina Interna utiliza un abordaje médico en la prevención, diagnóstico, indicación terapéutica y seguimiento de las enfermedades del adulto incluyendo también su rehabilitación y paliación. El internista es referente médico, guía y defensor del paciente en su compleja trayectoria por el sistema hospitalario actual."

Los objetivos específicos del internista, según el programa formativo de la especialidad (ORDEN SCO 227/2007) son:

Diagnosticar y tratar las enfermedades, dominando las técnicas especiales de su tratamiento y diagnóstico

Desarrollar la prevención, promoción de la salud y educación sanitaria de los pacientes, sus familiares y la comunidad

Realizar con eficacia la asistencia a los pacientes con problemas médicos agudos y crónicos, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, a través del diagnóstico clínico y el tratamiento adecuado.

Sentar las bases que aseguren su capacidad para el autoaprendizaje y la formación continuada a lo largo de su vida profesional.

Desarrollar investigación clínica y, si la infraestructura del centro lo permite, investigación básica

Adquirir los conocimientos de gestión clínica y un nivel de conocimientos de lengua inglesa.

El campo de acción del Internista se deriva de sus principales valores y capacidades, en especial de su visión integradora y su polivalencia, centrándose por ello su campo de acción en la atención al enfermo pluripatológico y plurisintomático, en el enfermo con diagnóstico difícil así cono en la atención a todas las enfermedades prevalentes del adulto en el ámbito hospitalario.

4.2. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

Para la consecución de estos objetivos, siguiendo las **directrices del RD 183/2008, se establecen de forma general tres niveles de supervisión en función del año de residencia**. Además del año de residencia, **el nivel de responsabilidad puede modificarse en función de otros factores**, como la especialidad de procedencia del residente, la existencia de formación especializada previa, la evolución de su proceso de aprendizaje valorado por su tutor o supervisor docente en planta. Es importante recordar que todos los profesionales sanitarios, incluidos los residentes, deben conocer los límites de sus conocimientos y habilidades. A continuación, se describen de forma detallada los tres niveles de supervisión.

RESIDENTE 1º AÑO

NIVEL 3 SUPERVISIÓN DIRECTA O SUPERVISIÓN DE PRESENCIAFÍSICA.

Este nivel corresponde al primer año de residencia (R1) de todos los residentes, tanto de Medicina Interna como de otras especialidades.

Implica supervisión personal y presencial por parte del supervisor docente asignado, con la obligación legal antes expuesta de que el R1 no debe firmar ningún documento oficial de forma autónoma y sin supervisión (informe de alta o traslado).

La supervisión presencial no implica acompañamiento continuo en todas sus tareas. Es importante para la formación del residente cierta independencia.

Historia clínica y exploración física: dentro de las tareas que puede y debe realizar de forma autónoma están la historia clínica completa (tanto la anamnesis como la revisión exhaustiva de los antecedentes), la exploración física general (la única excepción a esto son exploraciones de cierta intimidad, como mamarias y genitales, para lo que se recomienda que se solicite permiso al paciente y que se hagan acompañado por otro profesional). La realización de forma autónoma de estas tareas no excluye que posteriormente el supervisor docente evalúe y contraste los datos obtenidos por el residente, tanto para ofrecerle un "feedback" adecuado para su aprendizaje como para evitar pérdida de información relevante por la falta de destreza del residente. El método que se emplee para esta supervisión puede ser variado en función del momento (revisión de historia escrita, repetición de la anamnesis al paciente, revisión del caso clínico...), siendo todos ellos válidos.

Pruebas complementarias: La decisión final sobre qué pruebas diagnósticas a solicitar será tomada por el supervisor docente, si bien el residente planteará qué pruebas son necesarias en cada caso. Asimismo, el residente será el responsable de realizar las peticiones oportunas en la historia clínica electrónica (Selene).

Tratamiento: La decisión final sobre el tratamiento que se prescribe será tomada por el supervisor docente, si bien el residente será partícipe de esta decisión, planteando sus opiniones.

Evolutivos diarios: Igualmente, es tarea del R1 la realización de los evolutivos diarios. Si bien el evolutivo es parte de la historia clínica, su función es la transmisión de la información interna entre los profesionales implicados en la atención del paciente y no con el propio paciente ni con terceros. Aunque no precisa firma explícita del supervisor docente, el evolutivo será revisado por éste.

Información a pacientes y familiares: El R1 puede informar a los pacientes y las familias siempre de decisiones consensuadas con el supervisor docente. Es importante que el residente se identifique como tal, que identifique a su supervisor docente y que, en caso de desconocer alguno de los aspectos por los que pregunta

la familia, se lo comunique al supervisor docente para completar la información. No obstante, es tarea del supervisor docente identificar en qué casos, por su complejidad o trascendencia de la información, no es adecuado que la información la proporcione el residente.

Informes clínicos: El R1 puede realizar informes de alta o de traslado, pero estos tienen que ser corregidos y firmados por el supervisor docente.

Técnicas invasivas en Medicina Interna: El R1 debe comenzar a realizar las técnicas más frecuentes: toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis,paracentesis. En este nivel de responsabilidad debe ser acompañado y guiado en todo momento por el supervisor docente.

RESIDENTE 2º AÑO y 3º AÑO

NIVEL 2. SUPERVISIÓN INDIRECTA.

Este nivel corresponde a los residentes de Medicina Interna en su segundo(R2) y tercer año (R3).

Implica una disminución progresiva de la supervisión directa respecto al nivel anterior. De forma general se recomienda mantener una supervisión más directa al principio del segundo año, con una distribución de tareas similar a la del R1 en este período. De acuerdo con la evolución del residente, a partir de las primeras semanas de la rotación de segundo año y durante la rotación de tercer año, esta supervisión debe decrecer, con mayor autonomía en los casos de menor complejidad.

Historia clínica y exploración física: La realización de las historias clínicas yla exploración física sigue las pautas previas, si bien son menos recomendables modelos de supervisión más estrictos como la revisión de la historia clínica o la repetición de la anamnesis al paciente y se debe evolucionar hacia modelos más flexibles, como la discusión del caso clínico con el supervisor docente. Esto no excluye la necesidad de una mayor intervención del supervisor docente siempre que la complejidad del caso lo requiera.

Pruebas complementarias: El R2/R3 debe tener capacidad y autonomía para solicitar pruebas complementarias básicas (analíticas y estudios radiológicos básicos) en los casos comunes en Medicina Interna (por ejemplo: neumonía adquirida en la comunidad, exacerbación de EPOC o asma, descompensación de insuficiencia cardíaca). No obstante, la realización de pruebas más costosas o invasivas (endoscopias, TC, RM, analíticas no rutinarias...) deben ser siempre aprobados por el supervisor docente. Asimismo, el residente será el responsable de realizar las peticiones oportunas en el Selene.

Tratamiento: De igual manera, el R2/R3 debe ser capaz de pautar tratamientos en pacientes ingresados con problemas habituales. No obstante, dado que la prescripción de medicamentos es uno de los elementos críticos dela seguridad del paciente, en este nivel se recomienda una supervisión activa de los tratamientos indicados por los residentes. De la misma manera, el supervisor docente debe revisar directamente el tratamiento en casos más complejos o fuera de la práctica habitual. A partir del segundo año de residencia los residentes están capacitados para la prescripción ambulatoria a través del Módulo Único de Prescripción (MUP) de la Comunidad de Madrid. Las indicaciones dadas para el tratamiento en la hospitalización son aplicables para la prescripción ambulatoria.

Información a pacientes y familiares: Respecto a la información a familiares, la pauta es similar a la del nivel previo. No obstante, continúa siendo el supervisor docente el que identifique en qué casos, por su complejidad o trascendencia de la información, es adecuado que la información sea o no proporcionada por un R2 o R3.

Informes clínicos: El R2/R3 puede realizar informes de alta o de traslado, pero estos tienen que ser corregidos y firmados por el supervisor docente.

Técnicas invasivas en Medicina Interna: El R2/R3 debe tener más destreza en las técnicas frecuentes en planta de hospitalización. En este nivel de responsabilidad, en casos que no se prevean complicados y siempre que el residente haya realizado previamente la técnica con éxito en varias ocasiones, el R2/R3 puede realizar sin acompañamiento directo las paracentesis, estando no obstante el supervisor docente localizable en la planta para acudir de forma inmediata en caso de requerirlo. Asimismo, el R3 de Medicina Interna puede supervisar la realización de paracentesis no complejas por parte de otros residentes, estando el especialista supervisor docente siempre disponible de forma inmediata. Dadas las potenciales complicaciones y mayor dificultad de la toracocentesis, de la punción lumbar o de las artrocentesis, en este nivel de responsabilidad es recomendable que el residente las realice acompañado por su supervisor docente.

RESIDENTE 4º AÑO Y 5º AÑO

NIVEL 1. SUPERVISIÓN GENERAL A DEMANDA.

Este nivel corresponde a los residentes de Medicina Interna en su cuarto (R4)y quinto año (R5).

Implica una mayor autonomía del residente, que no debería necesitar, salvo situaciones especiales, supervisión directa. Durante el cuarto año, el residente de Medicina Interna tiene asignado, igual que en años previos, un especialista supervisor docente. De forma global, se recomienda mantener una supervisión más

general en este período que en los previos, priorizándola supervisión indirecta de la mayoría de los casos atendidos por el residente. Esto no excluye un papel más activo del supervisor docente en caso de necesidad en casos más complejos y siempre que lo requiera el residente.

Durante el quinto año, el R5 tiene asignadas camas a su cargo, que debe gestionar de forma autónoma. La supervisión en este punto debe ser a demanda, y el residente debe conocer, de forma explícita y anticipada, quién es su supervisor docente.

En este nivel de supervisión, el R4/R5 debe ser capaz de llevar a cabo de forma autónoma todo el proceso asociado a la atención de pacientes en planta de hospitalización, desde la realización de la historia clínica, el establecimiento de un plan diagnóstico y terapéutico adecuado de la mayoría de los pacientes ingresados en la planta, la información a pacientes de mayor complejidad y la realización de los informes pertinentes. En este punto es razonable que elR4/R5 pueda sentar la indicación de determinadas pruebas más invasivas (endoscopias, TC, RM...) o tratamientos más complejos que en el nivel inferior. El supervisor docente debe estar informado de la actividad del R4, si bien el modelo de supervisión en este punto debe ser más flexible. Como expusimos previamente, el R5 debe solicitar supervisión a demanda. Esto no excluye la necesidad de una mayor intervención del supervisor docente siempre que la complejidad del caso lo requiera.

El R4/R5 debe realizar los informes de alta o de traslado él mismo. No obstante, se recomienda su revisión por parte del supervisor docente (sobre todo de áreas críticas). Se recomienda que estén firmados por el supervisor docente correspondientes los realizados por un R4. El R5 puede firmar de forma autónomas los informes de alta.

En este nivel de responsabilidad, el residente debe ser capaz de llevar a cabo las técnicas más frecuentes en planta de hospitalización, previamente enumeradas, así como supervisar su realización por residentes más pequeños. No obstante, es recomendable que el especialista supervisor docente esté localizable para acudir de forma inmediata en caso de requerirlo.

Finalmente, hay que subrayar que en este nivel los R4/R5 deben ser capaces de supervisar las tareas de los residentes más pequeños, según las pautas descritas para los otros niveles de responsabilidad.

En ANEXO 1 se enuncian las distintas situaciones a las que pueden estar expuestos los residentes de Medicina interna y el grado de supervisión según el año que se aconseja.

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

Técnicas que puedan requerir conocimiento del adjunto para su realización, o si existen dudas acerca de su indicación o dificultades técnicas en su realización. En casos que no se prevean complicados y siempre que el residente haya realizado previamente la técnica con éxito en varias ocasiones, el R2/R3 puede realizar sin acompañamiento directo las paracentesis, estando, no obstante, el supervisor docente localizable en la planta para acudir de forma inmediata en caso de requerirlo. Asimismo, el R3 de Medicina Interna puede supervisar la realización de paracentesis no complejas por R1 año, estando el especialista supervisor docente siempre disponible de forma inmediata. El resto de las técnicas (artrocentesis, punción lumbar, toracocentesis), pueden ser realizadas o bien por un R2/R3 acompañado por el R4/R5, o bien por este último directamente.

Situaciones/patologías que deben ser supervisadas directamente por el adjunto o que requieren conocimiento por parte del adjunto y discusión de la indicación:

- Pacientes en situación inestable o critica que requieran toma urgente de decisiones clínicas, incluidos siempre los que puedan requerir en un momento dado ingreso en UCI.

- Toma de decisiones en pacientes en situación de final de la vida.

- Valoración de los pacientes que puedan ser tributarios de una actuación quirúrgica urgente y/o de una prueba invasiva urgente, sobre todo si existen diferencias de criterio con otro especialista.

- Cualquier situación en la que sea preciso la mediación o interlocución con un adjunto de otro servicio.

- Solicitud de una necropsia, si se produce el fallecimiento de un paciente de forma inesperada, y siempre que no quede aclarada, de forma razonable, la causa de muerte.

- Trato con pacientes conflictivos, así como en situaciones con un potencial implicación médico-legal (parte de lesiones, ingreso involuntario...)

- Por último, siempre que el residente lo requiera para la toma de decisiones clínicas.

Es importante recordar que, aunque el adjunto se haga cargo de las situaciones previamente enumeradas por su complejidad en un momento dado, es fundamental para el aprendizaje que los residentes acompañen al adjunto en esta situación estado el marcado carácter docente de las mismas.

5. 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

6. ANEXOS

Tabla 1 Niveles de supervisión en Hospitalización

	Nivel de supervisión en Hospitalización				
	R1	R2	R3	R4-	R5
Realización entrevista clínica	2-3	1-2	1-2	1	1
Valoración del estado funcional, mental y entorno social del paciente	2-3	1-2	1-2	1	1
Exploración Física	2-3	1-2	1	1	1
Indicación de pruebas complementarias básicas	2-3	1-2	1	1	1
Interpretación de resultados de pruebas complementarias básicas	2-3	2	1	1	1
Realizar punciones	2-3	2	1-2	1	1
Realización pruebas como fondo ojo, tacto rectal, espirometrías…	3	2	1-2	1	1
Elaboración juicio clínico presunción	2-3	2	1	1	1
Ser capaz de intubar, insertar accesos venosos, realizar RCP avanzada, punciones lumbares	3	3	2-3	1-2	1
Reconocer enfermedades del paciente	3	2	1-2	1	1
Realización de Plan terapéutico	2-3	2	1	1	1
Realización de Informe de Alta	2-3	2	1	1	1
Información pacientes	2-3	2	1	1	1
Información familiares	2-3	2	1	1	1
Manejo situaciones difíciles (malas noticias, autopsias, pacientes violentos)	3	2-3	1-2	1	1
Información en situaciones al final de la vida	3	2-3	1-2	1	1
Manejo de enfermedades clínicas prevalentes	3	2-3	1	1	1
Planificación estructurada de procesos estandarizados	3	2	2	1	1
Presentación casos clínicos en el servicio	2-3	2	2	1	1
Presentación en reuniones científicas de fuera del hospital	2-3	2	2-1	1	1
Impartir enseñanza práctica a los estudiantes	2-3	2	1	1	1
Solicitud consentimiento informado	2-3	2	1	1	1
Búsquedas bibliográficas	2-3	2	2	1	1
Organización curriculum	2-3	2	1	1	1

Tabla 2 Niveles de supervisión en consultas externas

	Nivel supervisión en consultas externas			
	R1	R2	**R3**	**R4-5**
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 mental, funcional y entorno social del paciente	2-3	1-2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física específica según la orientación clínica	2-3	2	1	1
Interpretación de resultados	3	1	1-2	1
Elaboración juicio clínico presunción	3	2	1-2	1
Realización de Plan terapéutico	3	2	1-2	1
Realización de Informe de Consultas externas	3	2	1-2	1

Tabla 3 Niveles de supervisión en área de Urgencias

	Nivel de supervisión urgencias			
	R1	12	R3	R4-5
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 y 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, nebulizaciones, oxigenoterapia, indicación de los principales fármacos utilizados en el Área de Urgencias y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada.	2-3	2	1	1
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