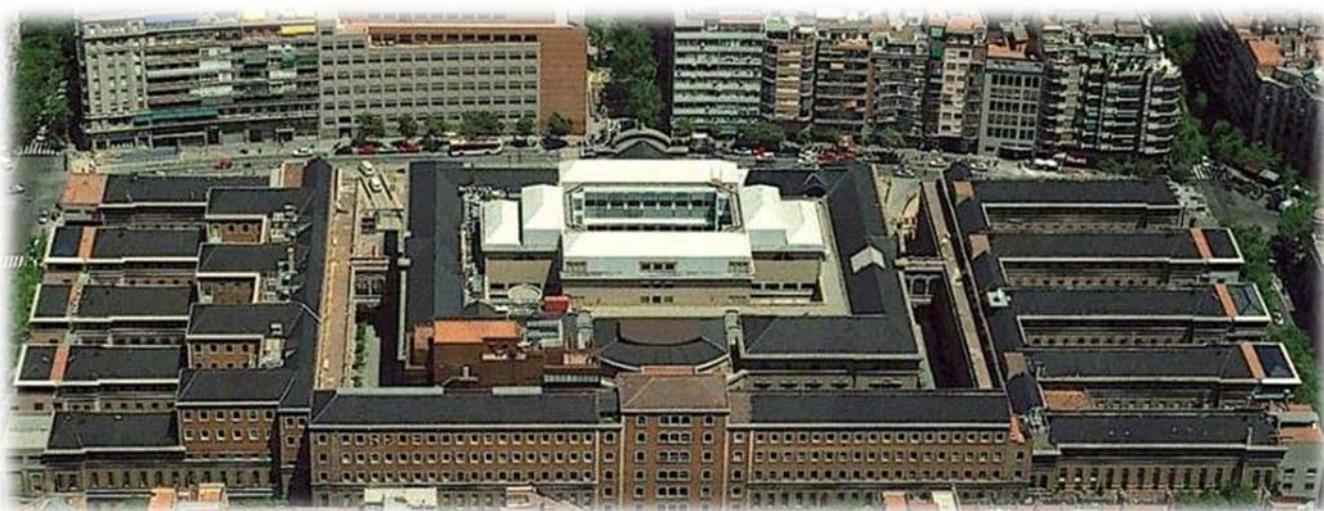


# [PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES]

Hospital Clínic de Barcelona



## [ÁREA DE URGENCIAS]

DOCUMENTO		SR-40_v03	
REDACTADO	REVISADO	APROBADO	
<b>TUTORES DE RESIDENTES</b>  Dr. Ernesto Muñoz Dra. Marta Sabater Dra. Raquel García  Dra. Dulce Momblán Dra. Raquel Bravo Dr. César Ginestá Dr. Fabio Ausania  Dra. Blanca Collvinent Dr. Josep Ramon Alonso	<b>JEFE DE SERVICIO</b>  Dr. Pere Torner  Dr. O. Vidal / Dra. D. Momblán  Dr. Miquel Sánchez  <b>COORDINADOR DE DOCENCIA</b>  Dr. Jenaro Fernández-Valencia  Dr. Xavier Morales  Dra. María del Mar Ortega	<b>COMISIÓN DE DOCENCIA</b>	
Fecha: 6/09/2023	Fecha: 12/09/2023	Fecha: 20/09/2023	
Periodicidad de revisión del Protocolo de Supervisión: Cada 4 años			

Histórico del Documento SR-40			
Nº versión	Fecha aprobación	Fecha revisión	¿Cambio versión? (Sí/No)
01	28/11/2018	02/05/2019	Sí
02	08/05/2019	12/09/2023	Sí
03	21/09/2023		

## Objetivo del protocolo

Describir el **nivel de supervisión** requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes.

El protocolo debe ser conocido por todos los **residentes** de la especialidad y por todos los **profesionales asistenciales** de las diferentes áreas en las que se forman los residentes.

Este documento está disponible para su consulta en la intranet de la Dirección de Docencia (apartado de Residentes) del Hospital Clínic.

## Marco Legal

- Toda la estructura del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para las enseñanzas de grado, formación especializada y continuada de los profesionales.
- El deber general de supervisión es inherente al ejercicio de las profesiones sanitarias en los centros en los que se forman residentes.
  - *Artículo 104 de la ley 14/1986, General de Sanidad.*
  - *Artículo 34.b de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*
  - *Artículo 12.c de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.*
- Las comisiones de docencia deben elaborar protocolos escritos para graduar la supervisión de las actividades que desarrollen los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia en el área de urgencias o cualquier otro que se considere de interés.
- Los protocolos deben presentarse a los órganos de dirección del centro para que el Jefe de Estudios pacte con ellos su aplicación y revisión periódica.
  - *Artículo 15.5 del RD 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 de sistema de formación sanitaria especializada.*
  - *Artículo 15.5 del Decreto 165/2015, de 21 de julio, de Formación sanitaria especializada en Catalunya.*

## Ámbito de aplicación

Este protocolo de supervisión se aplica a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en cualquier especialidad que contemple la realización de rotación o de guardias en el Área de Urgencias en el Hospital Clínic.

Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en nuestro centro como a aquellos de unidades docentes externas que se encuentren realizando una rotación, debidamente autorizada, en nuestra unidad docente.

## Deber de supervisión

El deber general de supervisión es **inherente a los profesionales** que prestan servicios en las

diferentes unidades asistenciales en las que se forman los residentes. Estos profesionales están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los diferentes dispositivos que integran la unidad docente deben **programar las actividades** asistenciales de los residentes en coordinación con sus tutores, a fin de facilitar el **cumplimiento del itinerario formativo** de la especialidad y la **integración supervisada** de los residentes en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en estas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

La Comisión de Docencia y los órganos de dirección deben establecer los mecanismos necesarios para facilitar el cumplimiento del itinerario formativo y la supervisión adecuada de los residentes en cada unidad o dispositivo por el que rotan residentes.

### Supervisión decreciente durante la residencia

El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las diferentes especialidades en Ciencias de la Salud.

Este sistema formativo supone 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 llegar al grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad sanitaria.

En aplicación de este principio, los residentes deben seguir las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos de centro o unidad, sin perjuicio de plantear a estos especialistas y a sus tutores todas las cuestiones que susciten como consecuencia de esta relación.

Como normas generales:

1. Los residentes tendrán en todas las rotaciones un **profesional de plantilla** que supervisará su trabajo.
2. La supervisión de los residentes de **primer año** será de **presencia física**.
  - o Será responsabilidad de los especialistas que presten servicios a los diferentes dispositivos del centro o unidad por los que estén rotando o prestando servicios de atención continuada los residentes.
  - o Los citados especialistas deben visar por escrito las altas, bajas y otros documentos relativos a las actividades asistenciales en que intervengan los residentes de primer año.
3. **A partir del segundo año**, la supervisión será **progresivamente decreciente**.
  - o A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a éste como a los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión requerida por los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.
  - o En todo caso, el residente tiene derecho a conocer a los profesionales presentes a la

unidad en la que preste servicios y podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

### Graduación de la supervisión de las actividades asistenciales

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes tiene relación con su nivel de competencias y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y la dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan el grado de supervisión que necesitan.

#### Nivel 3. Supervisión alta

El residente tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero no experiencia. El residente observa y ayuda al especialista de plantilla que es quien realiza la actividad o el procedimiento.

#### Nivel 2. Supervisión media

El residente tiene suficiente conocimiento, pero no la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. El residente realiza la actividad o el procedimiento bajo supervisión directa\* del especialista responsable.

#### Nivel 1. Supervisión baja o a demanda

Las competencias adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de forma independiente, sin necesidad de tutela directa. El residente ejecuta y después informa el especialista responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Nivel	Supervisión	Autonomía
1	Supervisión baja o a demanda	Actúa de manera independiente, excepto en situaciones puntuales.
2	Supervisión media - directa*	Sabe cómo actuar, pero carece de experiencia para ser autónomo.
3	Supervisión alta- realizado por el especialista	Sólo tiene conocimientos teóricos, puede observar y ayudar.

\*Supervisión directa significa que el especialista que está supervisando al residente conoce lo que hace, interviene cuando lo considera necesario y responde a sus consultas o demandas de intervención. La supervisión directa no implica necesariamente que el especialista esté de presencia física a lo largo de toda la actividad o el procedimiento.

- Las actividades aprendidas en años anteriores mantienen el Nivel de Supervisión previo al inicio del siguiente año formativo, para ir disminuyendo a lo largo del mismo.
- Para las actividades de nueva realización, se establece siempre el Nivel de Supervisión máximo al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

Cuando un residente no alcanza las competencias necesarias para progresar en su formación, no puede disminuirse el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, debiéndose notificar este hecho al tutor del residente, que podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se compruebe que la progresión del residente garantiza la calidad de la formación.

### Área de Urgencias

La actividad asistencial que se desarrolla en el Área de Urgencias se caracteriza por necesitar una valoración rápida y dirigida del paciente con el objetivo de descartar como primera opción las causas más graves en función del motivo de consulta que puedan poner en peligro la vida del paciente. Por tanto, en el Área de Urgencias la supervisión del residente debe ser especialmente cuidadosa sin menoscabar en la autonomía progresiva que debe adquirir el propio residente. Los profesionales que desarrollamos nuestra actividad asistencial en urgencias estamos de presencia física durante toda la jornada laboral (24 horas) y supervisamos a residentes de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas que hacen una rotación y/o guardias en urgencias. Esta diversidad de especialidades y de horarios también es una peculiaridad de la supervisión del residente en urgencias.

<b>Actividades y procedimientos generales</b>	R1	R2	R3	R4	R5
<b>Comunicación asistencial</b>					
Informar a pacientes y familiares sobre el diagnóstico, evolución previsible, exploraciones complementarias requeridas y tratamiento del proceso que motiva la consulta	3-2	2	1	1	1
<b>Realización de la historia clínica</b>					
Realización de la historia clínica dirigida	3-2	2-1	1	1	1
Tratamiento adecuado de los datos informáticos: elaboración e interpretación	3-2	2-1	1	1	1
Elaboración de informes clínicos (historia clínica, ingreso y alta)	3-2	2-1	2-1	1	1
<b>Ética asistencial</b>					
Discutir con pacientes y/o familiares la limitación del esfuerzo terapéutico	3-2	2	2-1	2-1	2-1
Consentimiento informado	3-2	2	2-1	2-1	2-1
<b>Trabajo en equipo</b>					
Solicitar de exploraciones realizadas por otros especialistas	3-2	2-1	2-1	1	1
Solicitar interconsultas a otras especialidades	3-2	2-1	2-1	1	1
<b>Manejo clínico</b>					
Asistencia y participación en técnicas de resucitación cardiopulmonar básica	3-2	2-1	1	1	1
Identificación del problema y orientación diagnóstica	3-2	2-1	2-1	1	1
Indicación terapéutica inicial	3-2	2-1	2-1	1	1
Priorizar los pacientes según su gravedad	3-2	2-1	2-1	1	1
Indicación e interpretación de exploraciones complementarias básicas	3-2	2-1	1	1	1
Decidir el destino del paciente (ingreso, observación o alta)	3-2	2-1	2-1	1	1
Solicitar de exploraciones realizadas por otros					

especialistas	3-2	2-1	2-1	1	1
Solicitar interconsultas a otras especialidades	3-2	2-1	2-1	1	1

<b>Actividades y procedimientos específicos de medicina</b>	R1	R2	R3	R4	R5
<b><i>Manejo de pacientes críticos</i></b>					
Participar en la reanimación cardio-pulmonar avanzada	3	3-2	2-1	1	1
Indicar e interpretar la monitorización básica	3-2	2	1	1	1
Indicar y manejar la ventilación mecánica no invasiva	3	3-2	2-1	1	1
Indicar la ventilación mecánica invasiva	3	3-2	2-1	1	1
Manejar la ventilación mecánica invasiva inicial y de transporte	3	3-2	2-1	1	1
<b><i>Procedimientos prácticos</i></b>					
Realizar procedimientos diagnóstico-terapéuticos mínimamente invasivos: paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, cardioversión eléctrica	3-2	2	2-1	1	1
Adquirir la habilidad y la técnica para colocación de vías centrales	3	3-2	2	2-1	2-1
Adquirir conocimientos para interpretar la ecografía a pie de cama	3	3-2	2	2-1	1
<b><i>Comunicación asistencial</i></b>					
Presentar casos clínicos y revisiones sobre ellos en sesiones clínicas	3-2	1	1	1	1

<b>Actividades y procedimientos específicos de traumatología y cirugía ortopédica</b>	R1	R2	R3	R4	R5
<b>Exploraciones complementarias</b> Adecuar las indicaciones de escáner y/o resonancia magnética	3-2	2-1	1	1	1
<b>Manejo de pacientes politraumáticos</b> Conocer y explicar su papel en el ATLS Exploración física sistemática del paciente politraumatizado Formular un plan de tratamiento estableciendo prioridades, diferenciando entre los conceptos de Early Total Care y Damage Control Orthopaedics	3-2 3-2 3-2	3-2 3-2 3-2	2-1 2-1 2-1	1 1 1	1 1 1
<b>Farmacología de urgencias de traumatología</b> Utilizar los fármacos de uso frecuente en Urgencias de Traumatología, y conocer sus indicaciones, contraindicaciones, interacciones y efectos secundarios Prescribir el tratamiento al ingreso teniendo en consideración la medicación previa y los protocolos del hospital	3-2 3-2	1 1	1 1	1 1	1 1
<b>Procedimientos prácticos</b> <b>Técnicas y habilidades en patología de urgencias de nivel leve-moderado</b> Colocar tracciones cutáneas/Realizar curas y suturas de piel y músculo no complicadas/Aplicar inmovilizaciones en patología traumática aguda y subaguda que no implica fracturas y fracturas que no requieren reducción/ Reducir e inmovilizar fracturas simples / Realizar correctamente artrocentesis de rodilla / Reducir luxaciones simples <b>Técnicas y habilidades en patología de urgencias de nivel grave</b> Colocar tracciones esqueléticas / Paciente politraumatizado: cambio de collarín, aplicación de cincha pélvica, movilizaciones/Desbridar e inmovilizar fracturas abiertas/Reducir e inmovilizar fracturas complejas y fracturas-luxación/ Reducir luxaciones complejas o infrecuentes	3-2 3-2	2-1 3-2	1 1	1 1	1 1
<b>Comunicación interprofesional al pase de guardia</b> Registrar los casos clínicos ingresados o intervenidos durante la guardia, y elaborar la lista de pase de guardia para el siguiente equipo	3-2	1	1	1	1

Elaborar y presentar una comunicación tipo Power Point sobre estos casos para presentarlos a la sesión de pase de guardia	3-2	1	1	1	1
Conocer y explicar las cirugías practicadas	3-2	2-1	1	1	1
Conocer y explicar los pacientes ingresados y el plan de tratamiento propuesto	3-2	2-1	1	1	1

<b>Actividades y procedimientos específicos de cirugía general</b>	R1	R2	R3	R4	R5
<b>Manejo clínico de pacientes quirúrgicos urgentes</b> Manejo del paciente con abdomen agudo	3	3-2	2	1	1
Valoración y tratamiento de los pacientes con patología proctológica urgente	3-2	2-1	1	1	1
Valoración y tratamiento de los pacientes postoperados de cirugía general con problemas agudos médicos o quirúrgicos	3-2	2-1	1	1	1
Valoración y tratamiento de distintos tipos de heridas: postoperatorias, traumáticas, quemaduras, úlceras	3-2	1	1	1	1
Competencia en farmacología de urgencias	3-2	1	1	1	1
<b>Procedimientos invasivos en el área de urgencias</b> Colocación de sonda naso-gástrica, sonda vesical, catéteres venosos periféricos y centrales	3-2	2-1	1	1	1
Realización de anestesia local	3-2	2-1	1	1	1
Preparación del campo operatorio	3-2	1	1	1	1
Manipulación de drenajes y sondas en el paciente postoperado	3-2	1	1	1	1
Participación en el equipo de atención al paciente politraumático	3	2	2-1	1	1
Drenaje de abscesos de partes blandas	3-2	2-1	1	1	1
Sutura de heridas traumáticas	3-2	1	1	1	1
Toracocentesis y colocación de drenajes torácicos	3-2	2-1	1	1	1
<b>Procedimientos invasivos en el quirófano de urgencias</b> Intervenciones con grado de complejidad 1*	3-2	2	2	2	2
Intervenciones con grado de complejidad 2*	3-2	2	2	2	2
Intervenciones con grado de complejidad 3*	3-2	2	2	2	2
Intervenciones con grado de complejidad 4*	3-2	2	2	2	2
Intervenciones con grado de complejidad 5*	3-2	2	2	2	2

*\*GRADO DE COMPLEJIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO:*

Grado 1

*Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática  
Laparotomía y su cierre  
Colocación de vías periféricas y centrales  
Toracocentesis y colocación de drenajes torácicos  
Drenaje de abscesos de partes blandas.*

Grado 2

*Drenaje de abscesos perianales  
Tratamiento de patología proctológica urgente simple (trombosis hemorroidal, etc)  
Herniorrafias  
Apendicectomía abierta  
Inserción de trócares laparoscópicos  
Sutura de perforación de ulcus  
Colecistectomía abierta  
Resección intestinal segmentaria  
Realización de traqueotomías*

Grado 3

*Apendicectomía laparoscópica  
Colecistectomía laparoscópica  
Esplenectomía traumática  
Confección de estomas  
Colectomías segmentarias  
Tratamiento del paciente con oclusión intestinal por bridas*

Grado 4

*Hemicolectomías derechas e izquierdas  
Cirugía de la vía biliar principal  
Derivaciones bilio-digestivas  
Gastrectomía parcial*

Grado 5

*Gastrectomía total  
Colectomía total  
Resecciones hepáticas limitadas  
Cirugía laparoscópica avanzada  
Esofaguectomías*