

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO

Fecha de elaboración: Julio 2020

Fecha de aprobación en Comisión de Docencia: 11 de Septiembre 2020

**Servicio De Aparato Digestivo
Hospital Universitario 12 de Octubre**

OBJETIVO DEL DOCUMENTO.

El presente protocolo tiene como objetivo establecer las bases que permiten graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desempeñan los residentes de Aparato Digestivo y rotantes por dicho servicio, incluyendo las distintas áreas que lo engloban (hospitalización, consultas externas, unidad de endoscopia, pruebas funcionales y unidad de ecografía).

Este documento recoge las recomendaciones establecidas por la legislación específica, la Comunidad de Madrid, la comisión de docencia, el jefe de servicio y los tres tutores para dicha supervisión. Este protocolo debe ser conocido por todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes en cualquier área del hospital en los que los residentes estén presentes. Los tutores de Aparato Digestivo harán llegar este documento a sus residentes y a todos los profesionales involucrados en su formación.

El presente protocolo es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada, tanto de modo completo como temporal en la unidad docente de Aparato Digestivo del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

MARCO NORMATIVO.

Este protocolo de actuación se ha redactado en cumplimiento del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos del sistema de formación sanitaria. En su artículo 1 dice que “obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan 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 avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad”.

En el capítulo V de este Real Decreto se desarrollan específicamente estos dos aspectos. En el artículo 14 sobre el deber general de supervisión, se establece que: toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales; el deber general de supervisión por parte de los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes y la obligación de informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes; y la necesidad de coordinación entre los responsables de los equipos asistenciales y los tutores para el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente, su integración en las actividades

asistenciales, docentes e investigadoras y el cumplimiento del régimen de jornada y descansos reglamentarios.

En el artículo 15 sobre la responsabilidad progresiva del residente se especifica en su punto 1 que el sistema formativo debe implicar 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 su punto 2 se indica que los residentes han de someterse a las indicaciones de los especialistas que les supervisan. En su punto 3 obliga a que los residentes de primer año tengan una supervisión de presencia física por parte de los profesionales responsables de los diferentes dispositivos del centro o unidades, que deberán visar por escrito las altas, bajas y documentos en los que intervengan estos residentes. En su punto 4, a partir del segundo año habrá una progresiva supervisión decreciente, en el que los tutores podrán impartir instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad en cada unidad o centro, pudiendo siempre el residente recurrir y consultar a los profesionales presentes cuando lo considere necesario. Por último, en su punto 5, obliga a que las comisiones de docencia elaboren protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Se elevará la dirección del centro para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD.

El objetivo de la formación especializada es la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de la especialidad de Digestivo contemplando una asunción progresiva de responsabilidades de acuerdo a su año y nivel con un grado progresivo y decreciente de supervisión a medida que se van adquiriendo las competencias descritas en el programa de formación hasta alcanzar al final de la misma la responsabilidad para un ejercicio autónomo de la profesión sanitaria.

El residente, por ello, deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes unidades y secciones donde estén rotando sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación. El residente no debe considerarse un estudiante, sino un facultativo con el deber de prestar una labor asistencial y con el derecho de recibir docencia y supervisión. Sea cual sea su año de formación o nivel, siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto supervisor.

Se establecen tres niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / supervisión a demanda: las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario..

Nivel 2. Responsabilidad media / supervisión directa intermedia: el residente tiene un extenso conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para hacer un tratamiento completo de forma independiente, por lo que dichas actividades deben realizarse bajo supervisión del tutor o del personal sanitario del centro/servicio.

Nivel 3. Responsabilidad mínima / supervisión máxima: el residente solo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y asistidas en su ejecución por el residente.

ROTACIONES DURANTE LA RESIDENCIA.

PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

La formación en planta de hospitalización incluye la adquisición de habilidades teóricas y técnicas para el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, necesarios para un abordaje integral del paciente ingresado en la planta de hospitalización de medicina de aparato digestivo.

El residente de primer y segundo año tendrá una actividad fundamentalmente asistencial. En el primer año está capacitado para la realización de actividades con un nivel 1 de responsabilidad: presentación al paciente, obtención de los datos de la historia (anamnesis), realización de exploración física completa, plantear un diagnóstico diferencial, uso racional y solicitud de pruebas complementarias, petición de interconsultas, interpretación de los resultados de dichas pruebas básicas, nota de ingreso y notas de evolución diarias. Al menos, de manera inicial, el residente desempeñará su actividad dentro del nivel 2 (supervisión directa) en todas aquellas tareas que tengan una responsabilidad legal: información a pacientes y familiares, comunicación de malas noticias, consentimientos informados, técnicas intervencionistas (por ejemplo, paracentesis), prescripción de tratamientos, elaboración de informes de derivación o alta, codificación de diagnósticos, partes de defunción, firma de documentos, siendo el especialista responsable quien decidirá en qué tareas o momentos, podría el residente alcanzar un nivel 1 en estas tareas.

A medida que el MIR adquiere los conocimientos teóricos y las habilidades técnicas necesarias, irá realizando los procedimientos de manera más autónoma, de forma deseable a partir del tercer año de residencia, de modo que en el cuarto año, el residente MIR sea capaz de manejar de forma independiente a los pacientes hospitalizados a criterio del médico adjunto responsable, quien tendrá en cuenta el grado de capacitación del MIR en cada momento.

Es habitual que coincidan en la Unidad de Hospitalización varios MIR, en distinto año de formación. Cuando esto ocurre, la actividad diaria se organiza para que los MIR de 3º y 4º año supervisen y apoyen en las actividades más complejas a los MIR de 1º y 2º año.

El manejo del paciente que requiera la intervención de otros médicos especialistas, la aceptación de traslados de enfermos, o el manejo de pacientes que requieran cuidados intensivos o reanimación, necesariamente requerirán supervisión directa por parte del facultativo especialista responsable, y por lo tanto, en ningún caso serán realizadas por el residente sin aviso a dicho especialista.

ROTACIÓN POR CONSULTAS EXTERNAS Y MONOGRÁFICAS

El médico residente se adaptará a la dificultad o especialización de cada consulta, si bien la norma general, dado que suelen ocurrir en el tercer año de residencia, es alcanzar como en el caso de las técnicas un nivel 1, progresión que se debe adaptar a la duración de cada rotación, salvo que los procedimientos de la consulta incluyesen algunas actuaciones para las que se precisaría una capacitación específica y no estuvieran incluidas en el programa de formación del residente.

En la rotación por consultas externas en el centro de actividades ambulatorias, deseablemente el nivel ha de ser 1 en todo momento, con responsabilidad máxima, así las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. En cualquier caso, siempre podrá solicitar supervisión si lo considera necesario y por tanto debe haber un médico especialista responsable asignado a dicha tarea.

ROTACIÓN POR PARTES DE INTERCONSULTAS

Es una rotación de residentes de segundo y tercer año, y por tanto, con nivel de responsabilidad 1 y 2, y supervisión a demanda, si bien, de nuevo podrá solicitar dicha supervisión si lo considera necesario y siempre habrá un médico

especialista responsable asignado a dicha tarea. Esta rotación se compagina con la atención a los pacientes en el Hospital de día en turno de mañana, y el residente deberá tomar las decisiones oportunas en el manejo de estos pacientes, así como la realización de paracentesis diagnósticas y evacuadoras.

ROTACIÓN EXTERNA

Existe la posibilidad de efectuar una rotación optativa, en cuyo caso, el documento a seguir es el del servicio en el que permanecerá el residente durante dicho periodo. Así, en los casos de rotación por otro servicio del mismo hospital, se observará el protocolo de supervisión para rotantes según el año de especialidad; si la rotación se realiza en otro servicio del país, de nuevo, según la complejidad y el año de residencia se obedecerá al protocolo del servicio de destino, incluyendo la posibilidad de realización de guardias de la especialidad; y si fuera en el extranjero, la legislación es la que detalle el documento de aceptación del centro correspondiente, siendo lo más habitual un nivel 3 correspondiente a un observador clínico.

UNIDAD DE ENDOSCOPIA

La formación en endoscopia incluye la adquisición de habilidades técnicas para el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y, no menos importante, el aprendizaje de los conocimientos teóricos y clínicos, necesarios para un abordaje integral del paciente sometido a una endoscopia.

Esta formación debe hacerse de manera secuencial y lógica. Así, el residente empezará por conocer la normalidad de la anatomía endoscópica, el diagnóstico de las enfermedades digestivas más prevalentes y, finalmente, las de mayor complejidad o menos prevalentes.

Las competencias básicas y necesarias que un MIR de Digestivo debe adquirir incluyen la esofagogastroduodenoscopia y la colonoscopia diagnósticas, junto con sus procedimientos terapéuticos básicos. Estos últimos incluyen la realización de:

- Polipectomía con pinza y asa fría.
- Mucosectomía de lesiones sésiles o plano-elevadas de hasta 2cm.
- Polipectomía/mucosectomía de lesiones pediculadas.
- Dilatación neumática de estenosis altas y bajas.
- Técnicas de hemostasia: química, mecánica y térmica.
- Ligadura de varices esofágicas.

La formación del MIR debe ser supervisada intensamente en sus fases iniciales. A medida que el MIR adquiere los conocimientos teóricos y las habilidades técnicas necesarias, irá realizando los procedimientos de manera más autónoma. Este avance será independiente del año de residencia.

La actividad diaria en la Unidad de Endoscopia está organizada por agendas, en las que se incluyen procedimientos endoscópicos altos y bajos, con fines diagnósticos y/o terapéuticos. Cada agenda de endoscopia está atendida por un médico adjunto.

Durante su formación en la Unidad de Endoscopia, el MIR queda asignado a una sala de endoscopia cada día, donde realizará la actividad endoscópica supervisado por el médico adjunto responsable de esa agenda endoscópica. Según el grado de competencia, el MIR irá adoptando mayores responsabilidades en el manejo de la endoscopia digestiva.

Para conseguir un aprendizaje secuencial, es preferible que las primeras semanas el MIR se familiarice con el endoscopio y empiece a manejar la endoscopia digestiva alta (menos compleja técnicamente). Cuando el MIR adquiera mayores habilidades, comenzará con el manejo de la endoscopia baja (colonoscopia); inicialmente manejando el endoscopio en retirada desde el polo cecal y, una vez alcanzada mayor habilidad, comenzará una exploración completa.

La realización de técnicas complementarias por el MIR, diagnósticas o terapéuticas, dependerá del criterio del médico adjunto responsable, quien tendrá en cuenta el grado de capacitación del MIR en cada momento.

Es habitual que coincidan en la Unidad de Endoscopia varios MIR, en distinto año de formación. Cuando esto ocurre, la actividad diaria se organiza para que los MIR de 4º año roten en las agendas de endoscopia avanzada (programas de cribado o de terapéutica compleja) y los MIR de 2º o 3º año, lo hagan, preferiblemente, en agendas de endoscopia diagnóstica o terapéutica convencional.

Además de la actividad endoscópica de cada sala, durante el turno de mañana, el MIR atiende el busca de primera llamada de la guardia. Con ello, adquiere las habilidades para gestionar la información clínica de los pacientes comentados para una endoscopia urgente y, así, establece la indicación y priorización del procedimiento. En esta actividad, el MIR está supervisado por el médico adjunto responsable de la guardia cada día, a quien consultará las dudas que le surjan.

También se incluye en la rotación por la Unidad de Endoscopia la valoración de los partes de interconsulta de colocación de sondas de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). El MIR valora la indicación de la misma con el

paciente y/o familiares y establece el grado de priorización de la misma. Esta tarea está supervisada por cualquiera de los médicos adjuntos de la Unidad de Endoscopia. En casos complejos, es recomendable que sea presentado en la sesión de Endoscopia para tomar una decisión consensuada.

Una parte importante en la formación en endoscopia es la atención de patologías urgentes, que requieren una endoscopia precoz con fines diagnósticos y/o terapéuticos. Por su propia naturaleza, esta actividad no puede ser programada en la rotación por la Unidad de Endoscopia sino que se desarrolla durante las guardias de especialidad. En este caso, el MIR es supervisado por el médico adjunto de guardia quien, dependiendo de la capacitación del MIR en cada momento, establecerá el grado de responsabilidad que puede asumir el MIR.

Acorde con las recomendaciones de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva, la duración del periodo formativo en endoscopia es de 12 meses, distribuidos en 3 partes de 4 meses cada una a partir del segundo año de residencia. El grado de responsabilidad del MIR depende principalmente de la capacitación personal, independientemente del año de residencia. No obstante, se consideran unos requisitos mínimos que el MIR debe adquirir en cada periodo formativo, tal como aparecen en la siguiente tabla.

	ACTIVIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
MIR 2º AÑO	Manejo preendoscopia (conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones, manejo de la sedación, manejo de la antiagregación-anticoagulación periendoscopia)	1
	Endoscopia digestiva alta diagnóstica	2
	Endoscopia digestiva baja diagnóstica	3
	Terapéutica endoscópica	3
MIR 3º AÑO	Endoscopia digestiva alta diagnóstica	1
	Endoscopia digestiva baja diagnóstica	2
	Terapéutica endoscópica	2
MIR 4º AÑO	Endoscopia digestiva alta diagnóstica	1
	Endoscopia digestiva baja diagnóstica	1
	Terapéutica endoscópica	1

UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES DIGESTIVAS

Los residentes realizan su rotación por la Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas durante dos meses en el tercer año de residencia.

Al inicio de la rotación los residentes precisan de una supervisión nivel 3. Durante los primeros días se le explica al residente y éste observa la realización de las pruebas funcionales digestivas (manometría y pHmetría esofágicas con y sin impedanciometría asociada, y manometría anorrectal). El residente visualiza la técnica de intubación y realización de las pruebas, así como la interpretación posterior y realización de los informes. Más adelante, inician la fase en que realizan los procedimientos ellos mismos con supervisión muy estrecha del adjunto (supervisión nivel 3), y también llevan a cabo el análisis e interpretación posterior de las pruebas, así como la elaboración de los informes correspondientes, igualmente con supervisión muy directa del adjunto.

Posteriormente, una vez pasado el primer mes aproximadamente, el residente comienza a realizar las pruebas con todos los procedimientos que conllevan con responsabilidad media pero siempre con supervisión directa del adjunto (supervisión nivel 2), y también analiza los estudios y elabora los informes de forma algo más independiente, pero igualmente con supervisión directa siempre del adjunto, hasta la finalización de la rotación.

UNIDAD DE ECOGRAFÍA

La rotación por la Unidad de ecografía digestiva se divide en dos periodos de 2 meses, el primero durante el 2º año de residencia y el segundo en el 4º año. Se incluye la realización de varias técnicas específicas que han de ser dominadas por el residente en formación.

Se aconseja un rápido tránsito desde un nivel 3, de observador, que no debe ser superior a dos semanas, a un nivel 2 de realización de las siguientes técnicas, bajo supervisión, al final del primer período de rotación: ecografía digestiva en modo B y Doppler color, y FibroScan-CAP.

Al final del segundo período de rotación deberán alcanzar el nivel 1 con supervisión a demanda, además de las técnicas descritas, en las siguientes exploraciones: ecografía intestinal y biopsia hepática percutánea.

En el desempeño de otras técnicas más específicas y menos demandadas, como son la biopsia con aguja gruesa de lesiones focales y el estudio con contraste de lesiones focales hepáticas y pancreáticas, al finalizar el segundo periodo deberán alcanzar un nivel 2, pudiendo ser capaces de realizarlas siempre con supervisión.

GUARDIAS DE MEDICINA DE APARATO DIGESTIVO

En el primer año y segundo año de residencia, el médico residente realizará guardias de Medicina Interna y la supervisión ha de ser necesariamente de presencia física por parte del adjunto responsable, tal y como se detalla previamente, con revisión por parte del mismo de todas las actividades y documentos realizados por el residente, por lo que dicho adjunto ha de estar localizado para la supervisión en todo momento y debe figurar su nombre y firma o visto bueno en todos los informes de alta.

De modo general, los residentes de Digestivo de segundo, tercer y cuarto año harán de modo obligatorio guardias de esta especialidad. En ellas llevarán a cabo una asistencia supervisada con autonomía clínica creciente y responsabilidad progresiva al inicio de las guardias específicas hasta alcanzar un nivel de responsabilidad 1, esto es, podrán realizar actuaciones y procedimientos sin necesidad expresa del adjunto, pero el especialista responsable estará en todo momento localizado y dispuesto a supervisar la actuación del residente. Esto incluye la valoración rápida de la gravedad del problema, estratificación del riesgo inmediato, orientación diagnóstica y terapéutica, inicio del tratamiento en paciente grave o inestable, decisión del ingreso y del destino si queda ingresado. Los informes de alta de urgencias siempre tendrán el visto bueno del médico adjunto.

De modo singular, los procedimientos endoscópicos durante la guardia obligan a avisar al adjunto especialista responsable quien tomará las decisiones oportunas al caso. Los residentes de centros asociados o rotantes de Digestivo que realicen guardias en nuestra especialidad tendrán la misma consideración según su año de residencia que los nativos. Cuando coincidan dos residentes de distinto año de guardia, el criterio de antigüedad será importante en la docencia y en la toma de decisiones. El nivel de responsabilidad 1 incluye el pase de guardia, en el que se recomienda la presencia del adjunto especialista responsable, siendo obligada su asistencia si se deben discutir aspectos o decisiones con interés legal o si el residente así lo demanda.

FACETAS NO ASISTENCIALES

Investigación: el MIR puede proponer ideas para el desarrollo de estudios de investigación, para los que solicitará apoyo los FEA del servicio. La supervisión del MIR será un nivel 2: propuesta de la idea, búsqueda de bibliografía y planteamiento del estudio. Fomentará también la presentación de comunicaciones a congresos médicos.

Docencia: como miembros del Servicio de Aparato Digestivo, el MIR colabora, junto con el FEA, en la formación pregrado de los estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid. Es aconsejable un nivel de responsabilidad 2.

Sesiones del Servicio. El MIR participa activamente en las sesiones generales del Servicio y en las propias de la Unidad de Endoscopia. Desarrolla el tema propuesto, para el que está supervisado por el FEA correspondiente en cada caso. Se recomienda un grado de responsabilidad 2.

SITUACIONES ESPECIALES EN LAS QUE, CUALQUIER RESIDENTE, SEA CUAL SEA SU AÑO, DEBE AVISAR A SU MÉDICO ADJUNTO RESPONSABLE:

Durante su formación, el MIR está supervisado directamente por el FEA responsable. La capacitación del MIR determina el grado de supervisión que requiere. Sin embargo, es necesario que, ante diversas situaciones, el MIR solicite mayor supervisión:

- Parada cardiorrespiratoria.
- Valoración de resección de lesiones gastrointestinales complejas.
- Complicaciones durante el procedimiento endoscópico: perforación o sangrado.
- Incapacidad técnica para completar una endoscopia alta o baja.
- Manejo del paciente hospitalizado o en la guardia que requiera la intervención de otros médicos especialistas.
- Aceptación de traslados de pacientes de otros hospitales o áreas de conocimiento.
- Manejo de pacientes que requieran cuidados intensivos o reanimación.

Elaborado:	Revisado:	Aprobado: Comisión de Docencia.
------------	-----------	------------------------------------

Este protocolo de supervisión del residente, ha sido aprobado por la Comisión de Docencia del Hospital Universitario 12 de Octubre en la reunión mantenida el día ... y debe ser conocido por los residentes y por los tutores.

Este protocolo se revisará cada tres años.