

# PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES.

## HOSPITALIZACIÓN EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA.

OCTUBRE 2019.

### TABLA DE CONTENIDO

1. Responsables .....	2
2. Introducción .....	2
3. Objetivos docentes y funciones .....	2
4. Estructura, áreas de actividad y aspectos organizativos .....	3
5. Tareas y responsabilidades del médico residente .....	4
5.1. ¿Cuáles son las tareas y responsabilidades del residente en la planta de medicina interna en función de su nivel de supervisión? .....	4
5.2. ¿Qué patologías, situaciones o procedimientos deben ser supervisados directamente por un médico especialista en Medicina Interna? .....	8
6. Tareas y responsabilidades del supervisor docente .....	9
6.1. ¿Quién se ocupa de la supervisión en caso de ausencia del supervisor docente asignado? ..	10
7. Procedimientos que garantizan la información del facultativo de la actividad del residente y el carácter docente de la actividad .....	10
8. Documentos para el seguimiento del protocolo y evaluación .....	12
9. Fecha de aprobación .....	12
10. Fecha de revisión .....	12

## 1. RESPONSABLES

### Tutores de residentes:

- Dra. Raquel Díaz Simón
- Dr. Daniel Ferreiro López
- Dra. Covadonga Gómez Cuervo
- Dr. Antonio Lalueza Blanco
- Dr. Jaime Lora-Tamayo Morillo-Velarde
- Dr. Borja de Miguel Campo
- Dra. Montserrat Morales Conejo

### Jefe de Servicio:

- Dr. Carlos Lumbreras Bermejo

### Comisión de Docencia

## 2. INTRODUCCIÓN

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. Esto ha hecho que el desarrollo de **protocolos de supervisión de residentes** sea obligatorio (Real Decreto 183/2008) en áreas “críticas”, y que la Comunidad de Madrid lo exija para la acreditación y re-acreditación de las unidades docentes.

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 la **planta de hospitalización del Servicio de Medicina Interna** del Hospital Universitario 12 de Octubre.

La supervisión del residente durante la guardia de planta del Servicio de Medicina Interna y durante su actividad en consultas externas o interconsulta se abordan en otros documentos.

## 3. OBJETIVOS DOCENTES Y FUNCIONES

Durante su formación, el residente deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar adecuadamente su profesión y prestar los servicios sanitarios propios de la especialidad. 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 este, a medida que adquiera conocimientos y habilidades. A parte 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. El residente por su parte deberá asumir un **papel activo** en su formación, responsabilizándose de su **autoaprendizaje** y atendiendo a las indicaciones tanto de su supervisor docente en planta como de su tutor, sin que ello suponga un perjuicio para plantear a dichos profesionales en 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.”*

## 4. ESTRUCTURA, ÁREAS DE ACTIVIDAD Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS

La **planta de hospitalización** de Medicina Interna consta de cinco secciones (planta 8º, planta 12º, planta 13º, planta 14º y planta 15º de la Residencia General). Las secciones 8º, 12º, 13º y 15º constan de dos controles de enfermería y cinco médicos adjuntos, uno de los cuales ejerce la labor de coordinador. La sección 14º consta de un único control de enfermería y cuatro médicos adjuntos.

A su llegada, los R1 de Medicina Interna se asignan por sorteo a una de las secciones, donde realizarán las rotaciones correspondientes durante los cinco años siguientes. Asimismo, serán asignados a un tutor, que mantendrán, salvo causas de fuerza mayor a lo largo de toda la residencia. Los R1 de otras especialidades se distribuyen, asimismo, a principio de curso (Mayo) de manera proporcionada entre las distintas secciones, adaptando sus requerimientos docentes a las necesidades asistenciales del Servicio. Dentro de cada sección, todos los residentes (tanto de Medicina Interna como R1 de otras especialidades) son asignados a un médico adjunto quien pasará a ser su supervisor docente durante la rotación. Un residente de quinto año podrá supervisar R1 en colaboración con el médico adjunto que tenga asignado. El residente se

presentará el primer día de la rotación al coordinador de cada sección que le indicará su supervisor docente asignado.

La asignación y distribución de los residentes por los distintos despachos de adjuntos será labor del coordinador de cada sección, se planificará de manera anual al inicio de cada nuevo curso docente (mayo-junio) y deberá ser equitativa entre los distintos miembros de la sección para asegurar un proporcionado reparto de la carga asistencial y docente. El organigrama está disponible para su consulta en la secretaría de Medicina Interna (planta 13 derecha) desde mayo de cada año.

Estimamos conveniente que el residente de Medicina Interna trabaje, a lo largo de la residencia, con todos los adjuntos que conforman la sección.

## 5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE

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 (ver más adelante). 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.

Dadas las características de la planta de hospitalización de Medicina Interna rotan en nuestro servicio **residentes de primer año (R1)** tanto de Medicina Interna como de otras múltiples especialidades médicas. A este respecto, se equipara el nivel de responsabilidad del R1 de Medicina Interna con el de sus compañeros de otras especialidades. Es importante subrayar que, de acuerdo con la legislación vigente (RD 183/2008), la supervisión del R1 es siempre de presencia física (el supervisor docente debe estar bien presente o inmediatamente disponible en cualquier momento) y los documentos asociados a la asistencia sanitaria que realice (fundamentalmente informes de alta o de traslado) deben estar visados (supervisados y firmados digitalmente) por el especialista supervisor docente correspondiente.

### 5.1. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL RESIDENTE EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN FUNCIÓN DE SU NIVEL DE SUPERVISIÓN?

- **Nivel 1: supervisión directa o supervisión de presencia física**
  - Este nivel corresponde al primer año de residencia (R1) de todos los residentes que rotan por nuestro Servicio, 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).
- Hay que recordar que la supervisión presencial no implica acompañamiento continuo en todas sus tareas. Es importante para la formación del residente cierta independencia. 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 del mismo sexo que el paciente). 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 (ver adelante).
- La decisión final sobre que pruebas diagnósticas a solicitar será tomada por el supervisor docente, si bien es muy recomendable que el residente plantee al mismo que pruebas serían necesarias en cada caso. Asimismo, el residente será el responsable de realizar las peticiones oportunas en la historia clínica electrónica (HCIS).
- La decisión final sobre el tratamiento que se prescribe será tomada por el supervisor docente, si bien también es muy recomendable que el residente sea participe de esta decisión, planteando sus opiniones.
- 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, será revisado por éste.
- 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.

- El R1 puede realizar informes de alta o de traslado, pero estos tienen que ser corregidos y firmado digitalmente por el supervisor docente sin excepción.
- El R1 debe comenzar a realizar las técnicas más frecuentes en planta de hospitalización: toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis, paracentesis. En este nivel de responsabilidad debe ser acompañado y guiado en todo momento por el supervisor docente.

- **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.
- La realización de las historias clínicas y la 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.
- El R2/R3 debe tener capacidad y autonomía para solicitar pruebas complementarias básicas (analíticas y estudios radiológicos básicos) en casos comunes en planta de hospitalización de 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 HCIS.
- 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 de la 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 debería 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.

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

- **Nivel 3: supervisión general y 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, priorizando la 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 el R4/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 como el tratamiento al alta). 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.

## 5.2. ¿QUÉ PATOLOGÍAS, SITUACIONES O PROCEDIMIENTOS DEBEN SER SUPERVISADOS DIRECTAMENTE POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN 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, que requieren conocimiento por parte del adjunto y discusión de la indicación:
  - Indicación de las **técnicas instrumentales** arriba referidas (a excepción de paracentesis evacuadora de repetición).
  - Pacientes en situación **inestable o crítica** 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 (por ejemplo, radiología).
  - 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 una 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 estas situaciones dado el marcado carácter docente de las mismas.

## 6. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL SUPERVISOR DOCENTE

Con el objetivo que nuestro servicio preste una atención de calidad y siga siendo referente para la docencia de postgrado, la primera responsabilidad de los supervisores docentes de Medicina Interna es conocer la existencia de este documento y sus directrices.

Las tareas específicas del supervisor docente se han detallado de forma conjunta a las del residente por niveles de responsabilidad (ver apartados 5.1 y 5.2, más arriba). No obstante, es responsabilidad del supervisor docente conocer los detalles de las distintas tareas del residente. Los métodos por los que el supervisor docente puede informarse de las tareas del residente son varios y debe existir un acuerdo entre el supervisor docente y el residente sobre cuáles van a utilizar en función del nivel de responsabilidad y en consonancia con lo expuesto en apartados anteriores, desde la presencia directa del supervisor docente durante la tarea hasta la supervisión diferida con revisión del caso (ver abajo).

En caso de que el adjunto supervisor docente de un residente en planta de hospitalización, en cualquiera de los años de formación, considere que dicho residente **no reúne la capacitación necesaria** para asumir este nivel de responsabilidad, tiene la obligación de ponerlo en conocimiento del tutor y el jefe de servicio, los cuales podrán, tras analizar las circunstancias, denegar el nivel de responsabilidad o retrasarlo en el tiempo, en la evaluación anual del residente.

#### 6.1. ¿QUIÉN SE OCUPA DE LA SUPERVISIÓN EN CASO DE AUSENCIA DEL SUPERVISOR DOCENTE ASIGNADO?

Dentro de las responsabilidades del Servicio, a través de los coordinadores de cada sección, está que los residentes conozcan en todo momento y de antemano al médico que se responsabilizará de cada paciente en caso de ausencia del supervisor docente habitual. De forma general, en caso de ausencias cortas (hasta 5 días – salientes de guardia del adjunto, cursos, congresos-), los pacientes del adjunto que se ausenta serán repartidos entre los adjuntos que estén en la planta, de manera que el residente conozca el supervisor docente de referencia para cada paciente para ese día. Para ausencias más prolongadas (vacaciones), se repartirán igualmente los pacientes entre los adjuntos restantes, pero el residente (de R1 a R4 inclusive) se incorporará a uno de los equipos de trabajo de la planta. El R5 mantendrá las camas asignadas a su cargo, y podrá participar en la organización y reparto funcional de las mismas con el resto de adjuntos de la planta, manteniendo su estatus asistencial (no podrá ser considerado un adjunto de plantilla a efectos organizativos). La supervisión que recibirá el residente cuando el supervisor docente asignado no esté, deberá ajustarse a los niveles de responsabilidad designados y anteriormente especificados.

### 7. PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN LA INFORMACIÓN DEL FACULTATIVO DE LA ACTIVIDAD DEL RESIDENTE Y EL CARÁCTER DOCENTE DE LA ACTIVIDAD

El supervisor docente debe conocer la actividad del residente, ya que es parte fundamental de la supervisión y, mediante la retroalimentación al residente, de la docencia. El procedimiento puede ser variable y tiene que acordarse entre el residente y el supervisor docente. A

continuación, resumimos las distintas modalidades recomendadas de forma general según el nivel de responsabilidad del residente.

- **Pase conjunto de planta** → se recomienda a diario en los residentes de primer año. A partir del nivel 2 (R2, R3 y R4) el supervisor puede no pasar directamente pacientes menos complejos a diario (por ejemplo, ausentarse del pase el día de consulta), si bien es recomendable que se pase con mayor frecuencia cuanto más pequeño es el residente. Los pacientes complejos deberían ser visitados por el supervisor docente a diario. En el caso del R5, no se recomienda un pase conjunto con el supervisor docente, salvo que el propio residente requiera su opinión.

- **Revisión presencial de los ingresos** → sigue la misma dinámica que la descrita para el pase de planta, si bien en los R2 y R3 es recomendable que el ingreso sea valorado presencialmente por el supervisor docente el primer día, aunque *a priori* sea un caso sencillo.

- **Revisión de las pruebas solicitadas** → los R1 deberían solicitar las pruebas que les indica su supervisor docente. En el resto de los casos, considerando que los R2, R3 y R4 pueden solicitar determinadas pruebas según su juicio, se recomienda revisión diaria de dichas peticiones, para comprobar su pertinencia y adecuación (ver apartado 5.1). En el caso del R5, se recomienda que el propio residente informe a su supervisor docente (habitualmente el coordinador de la planta) de aquellas pruebas que quiera solicitar y se salgan de la práctica habitual (por su invasividad, excepcionalidad o coste).

- **Revisión de los tratamientos prescritos** → sigue la misma dinámica que lo expuesto para las pruebas complementarias. Los R1 no deben prescribir de forma autónoma. En el resto de los casos, considerando que los R2, R3 y R4 pueden prescribir según lo expuesto arriba, se recomienda revisión diaria de dichos tratamientos, para comprobar su pertinencia y adecuación. De nuevo, no se plantea una supervisión directa del R5 en este ámbito, si no que se recomienda que el propio residente informe a su supervisor docente (habitualmente el coordinador de la planta) de aquellos tratamientos que le generen dudas (ver apartado 5.1).

- **Revisión de los informes de alta** → es imprescindible por normativa legal que el supervisor docente corrija y firme digitalmente los informes de alta o traslado realizados por los R1. Dado que la transición entre el medio hospitalario y domicilio o entre servicios es otro de los puntos críticos de seguridad del paciente, la recomendación en nuestro Servicio es que los informes realizados por R2, R3 y R4 sean igualmente revisados y firmados por su especialista supervisor. Solo el R5 puede firmar informes de forma autónoma, si bien, en casos conflictivos o de especial dificultad, se recomienda que solicite su revisión y firma conjunta con su supervisor (ver apartado 5.1).

- **Discusión del caso clínico** → la discusión de los casos clínicos es la herramienta fundamental de supervisión en todos los niveles y supone el principal vehículo para la transmisión del conocimiento en nuestro ámbito. La reflexión, discusión y estudio de los casos clínicos a los que nos enfrentamos a diario es la base de nuestro aprendizaje como médicos, permite al supervisor

docente evaluar la consecución de los objetivos docentes del residente, así como comprobar la adecuación del proceder diagnóstico y terapéutico ofrecido al paciente.

## 8. DOCUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO Y EVALUACIÓN

Con el fin de monitorizar el cumplimiento del protocolo actual, la supervisión será evaluada por los tutores a través de las entrevistas estructuradas y las memorias anuales.

## 9. FECHA DE APROBACIÓN

3 de Octubre de 2019

## 10. FECHA DE REVISIÓN

3 de Octubre de 2021