

	<b>SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN MEDICINA INTERNA</b>	Código	DCC-P-019
		Versión	01.1
		Fecha vigor	16/11/2017
		Página	1 de 7

<b>Unidad origen del procedimiento</b>	DOCENCIA POSGRADO
--	-------------------

#### APROBACIÓN

<b>Elaborado:</b>	<b>Revisado:</b>	<b>Visto Bueno:</b>
Nombre: Garmendia Fernández, Cristina	Nombre: Comisión de Docencia	Nombre: Garrido Martín, Modoaldo
Puesto: Tutora de Medicina Interna	Puesto: Presidente Comisión	Puesto: Director Gerente
Firma:	Firma:	Firma:

#### REGISTRO DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Fecha aprobación</b>	<b>Fecha estimada próxima revisión</b>	<b>Razón del cambio</b>
01.0	10/07/2015	10/07/2018	Revisión del documento
01.1	16/11/2017	16/11/2020	Adaptación a la norma ISO 9001:2015

#### DOCUMENTOS RELACIONADOS

<p>GE Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud.</p> <p>Programa de formación del residente DCC-P-004</p> <p>GE Programas formativos de especialidades en ciencias de la salud</p> <p>Protocolo supervisión residentes Unidad Urgencias DCC-P-009</p> <p>Memoria del residente DCC-D-006</p> <p>Evaluación anual DCC-D-008</p> <p>Informe tutor DCC-D-009</p> <p>Normativa incidencias guardias residentes DCC-D-015</p> <p>Guía de protocolos de supervisión DCC-P-010</p> <p>Miembros de la Comisión de Docencia DCC-D-016</p>
---

#### NORMA Y PUNTO DE REFERENCIA

<p>NORMA ISO 9001:2015</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 7.1.2 Personas</li> <li>➤ 7.2 Competencia</li> </ul>
--

Código	DCC-P-019
Versión	01.1
Fecha vigor	16/11/2017
Página	2 de 7

## ÍNDICE

---

1. OBJETO .....	3
2. ALCANCE .....	3
3. RESPONSABLES .....	3
4. PROCESO .....	3
4.1. INTRODUCCIÓN .....	3
4.2. OBJETIVOS DOCENTES .....	4
4.3. TAREAS Y REONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE .....	4
4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE .....	6
5. REGISTROS .....	6
6. EVALUACIÓN .....	6
7. CONTROL DE CAMBIOS .....	6
8. ANEXOS .....	6

Código	DCC-P-019
Versión	01.1
Fecha vigor	16/11/2017
Página	3 de 7

## 1. OBJETO

La supervisión del residente en MEDICINA INTERNA

## 2. ALCANCE

Unidad de MEDICINA INTERNA

## 3. RESPONSABLES

Comisión de Docencia

Tutores de MEDICINA INTERNA

Jefe de Unidad de MEDICINA INTERNA

## 4. PROCESO

### 4.1. INTRODUCCIÓN

El sistema formativo de residencia se basa en la asunción progresiva de responsabilidades mediante las cuales el médico residente va adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño de su especialidad. Esta adquisición progresiva de competencias implica que debe existir una supervisión suficiente por parte de residentes más avanzados y de los médicos adjuntos de las Unidades correspondientes.

El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, en el capítulo V artículos 14 y 15, sienta las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

1. "El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte del residente

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".

2. "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".

presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por lo o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año".

, 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".

5. "Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas (además del grado y de la formación continuada)".

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

6. "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."

Código	DCC-P-019
Versión	01.1
Fecha vigor	16/11/2017
Página	4 de 7

## 4.2. OBJETIVOS DOCENTES

La Medicina Interna utiliza un abordaje médico en la prevención, diagnóstico, indicación terapéutica y seguimiento de las enfermedades del adulto, con una visión integradora. Debe ser polivalente, por ello se centrará en la atención al enfermo pluripatológico, al enfermo con diagnóstico difícil así como a la atención de todas las enfermedades prevalentes del adulto en el ámbito hospitalario, al paciente de edad avanzada en situación de enfermedad aguda o agudizada.

Los principios en los que se basa el programa de formación de Medicina Interna son:

La adquisición de una adecuada competencia clínica, es decir, la capacidad para utilizar los conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio asociados a su profesión para afrontar y resolver adecuadamente las situaciones que presupone su ejercicio. El principio de adquisición progresiva de conocimientos, habilidades y responsabilidades. La adquisición de actitudes positivas respecto a su formación continuada, la investigación, el mantenimiento de comportamientos éticos y la relación adecuada con el enfermo y su entorno.

Dichas competencias se resumen en torno a campos de aprendizaje, como son:

**1.- Conocimientos:** Saber indicar las exploraciones complementarias adecuadas a cada caso, interpretando los resultados de las mismas. Poder elaborar un juicio clínico diagnóstico de presunción. Saber plantear y aplicar las opciones terapéuticas. Conocer de manera general los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial del Área de Medicina.

**2.- Habilidades comunicativas:** dar información clara y concisa al paciente de su estado de salud, así como informar a sus familiares. Ser capaz de presentar casos clínicos en sesiones del propio Servicio, impartir enseñanza práctica a los estudiantes de Medicina.

**3.- Habilidades técnicas:** Conocer las indicaciones de las principales punciones (arteriales, venosas, de serosas, determinadas articulares, intradérmicas, subcutáneas). Realizarlas con éxito. Saber interpretar los resultados obtenidos.

**4.- Desarrollo personal y profesional:** Saber organizarse el propio currículum. Ser capaz de solicitar un consentimiento informado. Manejo ágil de la bibliografía incluyendo realizar búsquedas bibliográficas.

El internista desarrollará y atenderá a pacientes en unidades especiales en coordinación con otros especialistas si es necesario: enfermedades infecciosas, riesgo cardiovascular, autoinmunes, enfermedad tromboembólica, insuficiencia cardíaca...

Los residentes de medicina interna desarrollan su proceso formativo en los ámbitos de hospitalización de planta de medicina interna, así como de consultas.

Realizan guardias hasta el final de su residencia en el ámbito de planta, así como de urgencias.

Todas estas actividades completarán la adquisición de las competencias necesarias para el manejo diagnóstico y terapéutico en los ámbitos referidos de los pacientes a su cargo.

En todo el proceso además asisten a pacientes ingresados a cargo de otros servicios en sus complicaciones médicas, o de forma multidisciplinar durante su ingreso en servicios quirúrgicos.

## 4.3. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE

La consecución de estos objetivos del residente de MEDICINA INTERNA se organizará siguiendo los criterios de los niveles de responsabilidad que describe el Real Decreto de febrero de 2008 (183/2008), estableciéndose tres niveles de responsabilidad en función del año de Residencia:

**Nivel de responsabilidad 1 o de responsabilidad máxima:** realización en solitario. Son las actividades que el residente puede realizar solo, sin necesitar tutorización directa por un adjunto. Es decir, que el residente realiza la actuación en solitario y después informa a su responsable de lo que ha hecho.

Código	DCC-P-019
Versión	01.1
Fecha vigor	16/11/2017
Página	5 de 7

**Nivel de responsabilidad 2 o de responsabilidad media:** realización con ayuda. Formado por las actividades que el residente puede indicar, pero cuya realización debe estar directamente supervisada por el especialista responsable del área específica donde se actúa.

**Nivel de responsabilidad 3 o de responsabilidad mínima:** conocer la técnica o ver cómo se realiza. Son las actividades que son realizadas por el especialista, siendo ayudado por el residente en formación o siendo éste un mero asistente al acto.

La asignación de cada nivel vendrá determinada, no sólo el año de residencia sino por la formación previa del residente, su especialidad de origen o la superación de pruebas o evaluaciones específicas y la valoración de los especialistas, del tutor y del Jefe de Unidad. Aunque es de sentido común, cada profesional sanitario, incluidos los residentes, debe saber cuáles son sus límites en cuanto a conocimientos y habilidades.

## **ACTIVIDADES DE CADA AÑO DE RESIDENCIA EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD**

### **1.- PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:**

Durante el **primer año** de residencia, comienza rotación en planta de medicina interna.

En lo referente al ámbito de Hospitalización, y como en el resto de las actividades diarias, la supervisión es progresiva. Los pases de visita diarios se realizan con supervisión directa por parte del adjunto asignado a ello, con visado por parte de éste de los informes de alta que se realicen, así como presencia en la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas a realizar: toracocentesis, paracentesis, punción lumbar.

A partir del segundo año, y de manera progresiva el residente va realizando tareas tutorizadas en todo momento aunque con supervisión progresiva y a demanda.

En su último año de residencia, el residente se incorpora a la asistencia de sus propios pacientes, con autonomía en las decisiones terapéuticas, planificación y realización de informes de alta, obteniendo supervisión a demanda por parte del adjunto que se asigne como responsable último del paciente.

### **2.- CONSULTAS EXTERNAS:**

En cuanto al ámbito de consultas, el residente asiste a la consulta que en cada momento de su residencia corresponda en función de la rotación, siendo supervisado personalmente por el adjunto durante su primer año, y resultado está a demanda de forma posterior.

En su primer año valorará a los pacientes nuevos de la consulta, con realización de historia clínica completa, exploración física y planificación diagnóstica, conjunta con el adjunto responsable que visará todos los informes que se realicen.

En los años intermedios la asistencia en consultas generales o monográficas de la especialidad podrá realizarse con supervisión progresiva y a demanda tanto de los pacientes nuevos como de las revisiones que generen.

Los residentes desarrollan a sí mismo consulta propia en su último año de residencia, que incluye pacientes nuevos y revisiones de estos pacientes, cuya supervisión se realiza con el adjunto correspondiente a priori de la consulta y a demanda del residente.

### **3.- GUARDIAS DE URGENCIAS**

Durante el primer año de residencia de desarrollan todas las guardias en urgencias, siendo su número inversamente proporcional hasta el quinto año.

La supervisión del residente en este ámbito está sujeta al protocolo de dicha unidad.

### **4.- GUARDIAS DE PLANTA**

Código	DCC-P-019
Versión	01.1
Fecha vigor	16/11/2017
Página	6 de 7

Las guardias de planta de medicina interna, comienzan en el segundo años de residencia.

Las guardias de Medicina de la HUFA está destinadas a la asistencia del enfermo hospitalizado a cargo del servicio de Medicina Interna y del resto de especialidades médicas, sin guardia de presencia física, así como de las contingencias de índole médico que puedan surgir en aquellos pacientes ingresados a cargo de otras especialidades, que requieran valoración a juicio del especialista responsable presente. Realizarán así mismo, la valoración y orientación diagnóstico-terapéutica de los nuevos ingresos médicos.

Su estructura habitual se basa en guardia presencial de dos adjuntos, un internista y un especialista médico (endocrino, oncólogo, neurólogo, reumatólogo, neumólogo, alergólogo), así como dos residentes, a partir del segundo año de residencia.

En este primer año (**R2**), la valoración del paciente en el momento del ingreso debe ser monitorizada por parte de uno de los adjuntos de la guardia, orientando sobre el criterio de ingreso, así como de las pruebas complementarias a solicitar, y del tratamiento a pautar. Teniendo una supervisión a demanda en el resto de llamadas. Deberá comunicar al residente mayor y/o al adjunto responsable, llamadas para valoración de ingreso de enfermos en UCI, o de enfermos en situación de gravedad (PCR, Edema agudo de pulmón, shock refractario...).

Desde su tercer año de residencia (**R3, R4 y R5**), el residente podrá realizar dicha labor, con la supervisión a demanda por parte de los adjuntos de guardia Dadas las distintas especialidades que forman el pool de residentes, la jerarquía ascendente (por año de residencia), de supervisión podrá ser la contraria en función de la especialidad y la experiencia de los residentes, en la resolución de complicaciones asociadas a una especialidad en concreto.

Existe en nuestro centro protocolo específico de supervisión de las guardias de planta, así como de la distribución del trabajo en éstas.

Durante la rotación de UCI hace guardias de la especialidad, así como en algunas rotaciones externas optativas.

#### 4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA

Con independencia del año de experiencia del residente, será recomendable (obligado en su primer año), el aviso al adjunto responsable, en todas aquellas situaciones, que durante la guardia o en la asistencia en otros ámbitos, puedan llevar a la llamada al Jefe de Hospital, o en las que se produzcan conflictos en relación con pacientes o familiares, con repercusión judicial- legal, por agresiones o amenazas, o en relación con solicitud de autopsia clínica o judicial, altas voluntarias y los pacientes graves que requieran ingreso en UCC, intervención quirúrgica o traslados a otros centros no programados.

### 5. REGISTROS

Memoria del residente

Informe del tutor

Valoración de la docencia

Registro incidencias

### 6. EVALUACIÓN

Incidencias en la supervisión en los residentes en la Unidad de Medicina Interna en los registros

### 7. CONTROL DE CAMBIOS

Versión 01.1: Adaptación a la norma ISO 9001:2015.

### 8. ANEXOS

No aplica

Código	DCC-P-019
Versión	01.1
Fecha vigor	16/11/2017
Página	7 de 7