

	Hospital Universitario Príncipe de Asturias <small>Comunidad de Madrid</small>	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE DE APARATO DIGESTIVO
		N° Ed.1; 26/01/2016 Cod. PR/CODO/42; Pág. 1 / 15

ÍNDICE

- 1.- Introducción**
- 2.- Marco normativo**
- 3.- Estructura, áreas y funciones del servicio de Aparato Digestivo.**
 - 3.1.- Recursos humanos
 - 3.2.- Recursos físicos y técnicos
 - 3.4.- Cartera de servicios
- 4.- Objetivos docentes de la actividad asistencial y de las guardias**
 - 4.1.- Objetivos generales de la formación
 - 4.2.- Contenidos específicos. Competencias a adquirir por año de residencia
 - 4.3.- Rotaciones y atención continuada/guardias
 - 4.4.- Sesiones clínicas y actividad científica
 - 4.5.- Evaluación
- 5.- Niveles de responsabilidad para las habilidades del residente de Aparato Digestivo.**

1.-INTRODUCCIÓN

Dentro de las responsabilidades derivadas de la acreditación docente que asume el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) se encuentra el garantizar la supervisión y la adquisición progresiva de responsabilidades por parte de los residentes a lo largo de su proceso formativo. La complejidad y la dimensión de esta misión, que incluye el desarrollo completo de los programas formativos, el cumplimiento de las normas en vigor y la mejora de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes, determinan que sea la institución en su conjunto (equipo directivo, responsables asistenciales, tutores, Comisión de Docencia, servicios jurídicos, etc.) quien deba asumir solidariamente la tareas.

2.-MARCO NORMATIVO

El REAL DECRETO 183 de 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 su capítulo V (artículos 14 y 15) hace referencia al deber general de supervisión y a la responsabilidad progresiva del residente:

RD 183/2008 CAPIÍTULO V. Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente

Artículo 14. El deber general de supervisión.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente

1. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que 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.

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 como consecuencia de dicha relación.

3. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando 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.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades de un año.

4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación 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.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

5. Las comisiones de docencia elaborarán 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.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

3- ESTRUCTURA, ÁREAS Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO:

3.1- Recursos humanos:

El Hospital Universitario Príncipe de Asturias cuenta con 2.556 profesionales distribuidos según categorías: 635 médicos, 658 enfermeras, 497 auxiliares de enfermería, 139 técnicos especialistas, 34 fisioterapeutas, 28 matronas, 10 equipo directivo, 5 terapeutas y 550 de personal no sanitario.

El servicio de Aparato Digestivo consta de:

- Jefe de Sección: Elvira Poves Martínez
- Médicos Adjuntos: Ricardo Castaños-Mollor
Juan Carlos Leal Berral
Pilar González de Canales
Ana Belén Costero Pastor
Susana Tabernero da Veiga
David del Pozo Prieto
Gloria Borrego Rodríguez
Inmaculada Beceiro Pedreño
Mónica Villafruela Cives
Ignacio Moral Cebrian
Almudena Barbero Villares
Laura Espinosa Taravilla
Marta Gil Alcalde
Andrés Santos Rodríguez
- Profesores Universidad: Elvira Poves Martínez
Juan C. Leal Berral
- Tutoras de Residentes: Ana Belen Costero Pastor
Marta Gil Alcalde

3.2 – Recursos físicos y técnicos:

El Hospital Universitario Príncipe de Asturias dispone de 550 camas de hospitalización, 18 puestos de hospital de día médico y 30 puestos de hospital de día psiquiátricos. Tiene 153 locales de consultas, 14 quirófanos y 3 paritorios.

El Servicio atiende a los pacientes en la segunda planta del hospital y en el Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento Francisco Díaz.

1. Para la realización de la actividad el servicio tiene asignados los siguientes recursos materiales:

- 24 camas de hospitalización. Control 4-A
- 2 locales de consulta todos los días en C.I.D.T. Francisco Díaz.
- 1 sala para exploraciones endoscópicas, diariamente, en C.I.D.T. Francisco Díaz.
- 4 locales de consultas en el Hospital, teniendo dos o 3 consultas todos los días.
- 1 zona específica para exploraciones especiales con: cuatro salas para endoscopias, una de ellas plomada para realización de exploraciones que precisan control radiológico, una de ecografía abdominal, fibroscan y biopsia hepática y otra para ph-metría y manometría.

3.3 – Cartera de servicios:

3.3.1 - Líneas de trabajo

El servicio para la atención de los pacientes ambulatorios y en hospitalización, así como en su vertiente de diagnóstico y terapéutica con especial dedicación en varias líneas de trabajo: Ecoendoscopia, Endoscopia terapéutica, hepatitis B y C, Helicobacter Pylori y cáncer gástrico, diagnóstico precoz del cáncer de colon, atención en las enfermedades hepáticas y en la enfermedad inflamatoria intestinal.

3.3.2: Oferta asistencial básica

El servicio de Aparato Digestivo tiene una amplia cartera de servicios atendiendo prácticamente a todos los procesos relacionados con la especialidad, con excepción del trasplante de órganos que no se realiza en el hospital.

- Hospitalización
- Hospital de Día, para tratamientos ambulatorios intravenosos específicos
- Guardia localizada de endoscopias
- Consultas Externas:
 - En el centro de especialidades Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento "Francisco Díaz" en Alcalá de Henares
 - Consultas del hospital:

En las consultas de la Sección se atienden los trastornos relacionados con el tubo digestivo, hígado y vía biliar y páncreas, existiendo en el Hospital consultas

monográficas para atender enfermos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hepatopatías Crónicas y Diagnóstico Precoz de Cáncer de Colon.

La cartera de servicios de la Sección es amplia. Siguiendo la cartera servicios SICAR, del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2000, en la lista siguiente se incluyen las técnicas endoscópicas disponibles en el hospital:

1. Endoscopia digestiva programada

- 1.1. Gastroscopia diagnóstica
- 1.2. Colonoscopia diagnóstica
- 1.3. Biopsia de tracto gastrointestinal
- 1.4. Prueba de ureasa para detección de H. Pylori
- 1.5. Polipectomía endoscópica
- 1.6. Colocación de sonda yeyunal para nutrición enteral
- 1.7. Dilatación de estenosis digestivas.
- 1.8. Colocación de prótesis.
- 1.8. Gastrostomía Percutánea Endoscópica

2. Endoscopia digestiva urgente

- 2.1 Gastroscopia urgente
- 2.2 Técnicas de hemostasia
- 2.3 Extracción de cuerpos extraños

3. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E.)

- 3.1 CPRE diagnóstica
- 3.2. CPRE terapéutica
 - 3.2.1 Esfinterotomía bilio-pancreática
 - 3.2.2. Extracción de cálculos
 - 3.2.3. Colocación de prótesis biliopancreaticas
 - 3.2.4. Drenajes biliares
 - 3.2.5. Dilatación de estenosis

4. Ecografía abdominal

- 4.1 Diagnóstico
- 4.2 PAAF de LOEs hepáticas.

5. Ecoendoscopia digestiva alta y baja.

6. Cápsula endoscópica.

7. Enteroscopia oral de doble balón.

8. Biopsia hepática percutánea

9. Hemodinámica hepática.

10. Biopsia intestinal con cápsula de Crosby.

11. Pruebas funcionales

11.1 pHmetría esofágica

11.2 Manometría esofágica de alta resolución

En la planta de hospitalización durante 2011 se han atendido las siguientes patologías (se adjunta GRDs correspondientes):

GRD	DESC
208	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC
202	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA
205	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC
552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR
464	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC
203	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
814	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC
551	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR
188	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC
189	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC
194	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17
813	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC
193	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR
541	TRAST.RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA
555	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL.HEPatico CON CC MAYOR
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUISTICA CON
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DE LAS GUARDIAS:

4.1 – Objetivos generales de la formación.

2. La especialidad de Aparato Digestivo se define como aquella parte de la Medicina que se ocupa de las enfermedades del tubo digestivo (esófago, estómago, intestino y zona ano-rectal), hígado, vías biliares, páncreas y peritoneo y concretamente, de su etiología, epidemiología, fisiopatología, semiología, diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento.
3. Se pretende formar médicos que, al final de su periodo de residencia, posean los niveles de competencia necesarios para el ejercicio de la especialidad y sean capaces de actualizar sus conocimientos mediante el desarrollo continuado de su formación.
4. El especialista del Aparato Digestivo debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para orientar clínicamente el diagnóstico de los pacientes con enfermedades digestivas, aplicar las pruebas complementarias más apropiadas siguiendo criterios de coste/beneficio que contribuyan a realizar este diagnóstico, determinar el pronóstico y recomendar el tratamiento más apropiado.
5. La evidente relación que existe a nivel anatómico-fisiológico y patofisiológico entre el sistema digestivo y otras partes del organismo conlleva que el especialista en Aparato Digestivo deba adquirir conocimientos en Medicina Interna y otras especialidades médicas. Asimismo, debe adquirir conocimientos y, en todo caso, colaborar estrechamente con profesionales de otras disciplinas muy relacionadas con el Aparato Digestivo, acondicionando las rotaciones a las características del centro donde se realice la formación.

4.2 – Contenidos específicos. Competencias a adquirir por año de residencia.

Residente de 1º año:

Durante el primer año de residencia, el objetivo fundamental será adquirir mediante rotaciones por otros servicios de especialidades médicas, las nociones y habilidades necesarias

para entender y conocer al enfermo con patología digestiva dentro de un contexto global con el fin de manejar tanto en el diagnóstico como en el tratamiento al paciente de manera adecuada.

Al finalizar dicho periodo, el residente de Aparato Digestivo deberá estar plenamente capacitado para realizar las siguientes actividades:

- Confeccionar la historia clínica y realizar la exploración física a los pacientes con cualquier patología médica.
- Indicar e interpretar los resultados de las analíticas urgentes, de los electrocardiogramas y de las radiografías de tórax y abdomen.
- Orientar, realizar el diagnóstico diferencial y manejar los síndromes básicos habituales en el área médica (tanto en la urgencia como en la Planta de hospitalización).
- Realizar el tratamiento específico de patologías médicas de alta prevalencia como insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, arritmias cardíacas, alteraciones hidroelectrolíticas,....
- Utilización de los antibióticos más habituales, conociendo su espectro de acción y la elección del mejor fármaco ante la sospecha clínica de una focalidad infecciosa determinada.

Residente de 2º año:

El 2º año de residencia se basará fundamentalmente en la toma de contacto con la patología digestiva a diferentes niveles. El residente deberá empezar a adquirir habilidades técnicas en la endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica. Así mismo deberá tener los conocimientos necesarios para el manejo del paciente con patología digestiva en el ambulatorio y en el hospitalizado. Todo ello se realizará según los niveles de responsabilidad correspondiente al año de residencia.

Al final de este periodo, el residente deberá estar plenamente capacitado para realizar las siguientes actividades:

- Realizar correctamente la historia clínica y la exploración física de cualquier paciente con patología relacionada con la especialidad, plantear el diagnóstico diferencial, indicar las exploraciones complementarias en los casos que se precisen y pautar el tratamiento más adecuado. Estas patologías son muy amplias, pero han de incluir:
 - o Descompensaciones de la cirrosis hepática: encefalopatía, ascitis, hemorragia digestiva alta por hipertensión portal, peritonitis bacteriana espontánea,...
 - o Hepatitis alcohólica aguda.
 - o Manejo de la ictericia de causa intrahepática y extrahepática.
 - o Brotes de enfermedad inflamatoria intestinal y sus complicaciones: abscesos, megacolon tóxico, enfermedad perianal.
 - o Hemorragia digestiva alta y baja.
 - o Pancreatitis aguda y crónica.
 - o Síndrome diarreico agudo y crónico.

- Dolor abdominal y epigastralgias.
- Disfagia aguda e ingesta de cuerpos extraños.
- Realizar endoscopias diagnosticas y terapéuticas así como conocer la indicación de dichas pruebas complementarias tanto urgentes como ambulantes.
- Realizar ecografía abdominal, pH metría, manometría.

Residente de 3º año:

Los objetivos del residente de tercer y cuarto año son comunes, adquiriendo de manera progresiva las capacidades y habilidades necesarias para su formación en endoscopia y manejo de la patología digestiva con mayor nivel de responsabilidad en la toma de decisiones (ver objetivos de 4º año).

Residente de 4º año:

En el 4º año de residencia, el residente deberá completar su formación en la práctica asistencial de los pacientes con patología digestiva a todos los niveles: en la planta de hospitalización, en las consultas externas y en la endoscopia tanto urgente como ambulante.

Al final de estos dos años de formación deberán:

- Realizar y completar la historia clínica, la exploración física, el diagnóstico diferencial y establecer una orientación diagnóstica del paciente con patología digestiva tanto a nivel hospitalario como ambulante.
- Conocer y valorar la necesidad de solicitar pruebas complementarias teniendo en cuenta las indicaciones, las implicaciones y el coste/beneficio.
- Realizar endoscopias tanto urgentes como ambulantes:
 - Han de estar plenamente familiarizados con el material endoscópica con el fin de conocer cual es el más adecuado para cada indicación.
 - Tener total destreza en la realización de endoscopias terapéuticas:
 - Esclerosis para control de hemostasia.
 - Ligadura de varices con bandas.
 - Realización de polipeptomías.
 - Colocación de Clips hemostáticos.
 - Extracción de cuerpos extraños.
 - Tomar contacto con la endoscopia avanzada: CPRE, ecoendoscopia,...
- Realizar biopsia hepática.

4.3 – Rotaciones y atención continuada/guardias.

El programa formativo se establece en base a Orden SAS/2854/2009 de 9 de octubre, por la que se aprueba y se publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y ratificado por el

Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, publicada en el Boletín Oficial del Estado de 26 de octubre de 2009.

El periodo de formación será de 4 años. Como norma general, el esfuerzo formativo será dedicado en $\frac{1}{4}$ a la formación médica general, $\frac{1}{2}$ a la formación específica clínica y actividades afines en Aparato Digestivo y $\frac{1}{4}$ a la formación tecnológica (endoscopia, pruebas funcionales...) propia de la especialidad.

Las rotaciones durante la residencia se resumen:

- Rotaciones externas al servicio en especialidades médicas:
 - o Medicina Interna
 - o Cardiología
 - o Neumología
 - o Radiodiagnóstico
 - o Nefrología
 - o Urgencias
 - o UCI.
- Rotación de dos meses externa en un centro de excelencia extranjero de su elección.
- Dentro del Servicio de Digestivo, las rotaciones se dividen en:
 - o Planta de hospitalización de Aparato Digestivo.
 - o Consulta externa de Aparato Digestivo.
 - o Endoscopia diagnóstica y terapéutica: gastroscopia, colonoscopia, PEG,...
 - o Ecografía abdominal y biopsia hepática.
 - o CPRE y ecoendoscopia
 - o Ph-metría y manometría.

Durante su periodo de formación el residente realizará guardias en:

- Residente de 1º año:
 - o En el área médica de Urgencias (4-6/mes).
- Residente de 2º año:
 - o En el área médica de Urgencias (2-3/mes).
 - o De Medicina Interna en planta de Hospitalización (1-2/ mes).
- Residente de 3º y 4º año:
 - o En el área médica de Urgencias (1/mes).
 - o De Medicina Interna en planta de hospitalización (1/mes).
 - o De endoscopia (7-10/mes).

Durante los 2 meses de rotación por la **Unidad de Cuidados Intensivos**, las guardias se realizarán en esta Unidad.

4.4 – Sesiones clínicas y actividad científica.

4.4.1- Sesiones:

- o Sesiones generales: todos los miércoles a las 8:30 se presentan revisiones generales de temas de patología digestiva. Las sesiones son presentadas por adjuntos y residentes del servicio, así como por residentes rotantes, desde enero 2012 se ha solicitado acreditación por la agencia Lain Entralgo (asignación de número ya recibida).
- o Sesiones bibliográficas: son semanales, los lunes a las 8:15hs, se revisan artículos publicados, haciendo una lectura crítica de los mismos. Estas son presentadas por residentes del servicio o rotantes, supervisadas por un adjunto.
- o Sesiones de planta: los jueves a las 8:30 hs se revisan todos los pacientes ingresados en el servicio.
- o Sesiones con el servicio de Radiodiagnóstico: se realizan 1 vez al mes y se comentan casos clínicos de interés común.

- Sesiones para residentes: 1 vez al mes, por las tardes, presentando revisiones de temas y casos clínicos, con la asistencia de la Jefa, las Tutoras y todos los Residentes de la Unidad Docente.
- Sesiones monográficas: los lunes y los martes a las 14:30 se reúnen respectivamente los grupos de Enfermedad Inflamatoria Intestinal y de Enfermedades Hepáticas para comentar casos, actualizar temas...

4.4.2- Investigación:

6. El HUPA es un Hospital Universitario que facilita la formación postgrado con la posibilidad de realizar el Doctorado Universitario. En el servicio se fomentará la realización de la Tesis Doctoral.
7. Se estimulará la asistencia a Congresos y Jornadas relacionadas con la especialidad, debiendo el residente tener una participación activa en los mismos, y deberá aportar al menos una comunicación para poder asistir.
 - Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermedades del Hígado.
 - Semana de las Enfermedades Digestivas
 - Jornada Nacional de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva
 - Jornada Nacional de Ecografía Digestiva.

4.5 - Evaluación

Tras cada rotación el residente será evaluado según la normativa vigente, con la Ficha de Evaluación facilitada por la Comisión Local de Docencia (anexo 1) por el médico responsable de esa rotación y/o el tutor. Los aspectos valorados serán los siguientes:

- Conocimientos y habilidades: nivel de conocimientos teóricos adquiridos, nivel de habilidades adquiridas, habilidad en el enfoque diagnóstico, capacidad para tomar decisiones y utilización racional de los recursos.
- Actitudes: motivación, dedicación, iniciativas, puntualidad/asistencia, nivel de responsabilidad, relaciones paciente/familia, relaciones con el equipo de trabajo.

Anualmente se reunirá el Comité de Evaluación y se rellenará la ficha que se adjunta en el anexo 2. El resultado de esta evaluación y según las Normas locales del H.U.P.A. para la evaluación M.I.R., aprobadas en Comisión Local de Docencia del 28 de octubre de 2010, clasificará al residente como no apto si la puntuación es <1, suficiente, entre 1-1,9, destacado, entre 2-3,4 y excelente si dicha puntuación es 3,5 o superior.

Esta puntuación será la media ponderada de la puntuación de las diferentes rotaciones durante el periodo evaluado (puntuación máxima de 3 puntos) más una calificación adicional a través de un informe escrito y argumentado del tutor para los residentes de segundo año o superior (puntuación máxima de 1 punto)

De forma anual, previo a la evaluación del curso, el residente debe cumplimentar la Memoria anual así como la encuesta de satisfacción global de los residentes de la Unidad Docente y de cada una de las rotaciones realizadas, los impresos serán también facilitados por la Comisión de Docencia, en caso de no presentar estos documentos se restará 0,3 puntos a la calificación final.

También anualmente, el tutor/res realizarán un informe de evaluación en el que se valorará al futuro especialista como médico experto, con capacidad de tomar decisiones, comunicador, colaborador, gestor de recursos, promotor de salud, y también como escolar o persona que está aprendiendo, con una puntuación máxima de 10 puntos equivalentes a 0,4 puntos. En este informe se añadirá la puntuación adicional correspondiente a las publicaciones realizadas durante el periodo, y se añadirán 0,1/1 por cada comunicación a congreso como primer autor, 0,05/1 el resto de los autores, y en publicaciones en revistas se añadirá 0,2 si primer autor y 0,1 el resto de los autores, con un total de 0,6 puntos sobre la calificación total. La puntuación máxima con ambos conceptos será de 1 punto.

A lo largo del año se realizarán entrevistas estructuradas tutor-residentes, según documentos propuestos por la Comisión Local de Docencia.

5 - SUPERVISIÓN Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad del médico en formación irá aumentando en función de la capacitación progresiva, el año de formación y la evaluación positiva por parte de los tutores. En el primer año debe ser supervisado de forma constante y de presencia física y tendrá una responsabilidad compartida de sus actos con su facultativo supervisor, ésta irá aumentando progresivamente así como su autonomía al ir disminuyendo el grado de supervisión.

Las funciones del médico en formación variarán según vaya adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

Los grados de responsabilidad se establecen en tres niveles:

- **Nivel 1.** Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa.
- **Nivel 2.** El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para hacer un tratamiento completo de forma independiente, por lo que estas actividades deben realizarse bajo supervisión del tutor o personal sanitario del centro/servicio.

- **Nivel 3.** El médico residente ha visto o asistido a determinadas actuaciones de las que sólo tiene un conocimiento teórico, por lo que estas actividades son llevadas a cabo por personal sanitario del centro/servicio y observadas/asistidas en su ejecución por el médico residente.

En el área de hospitalización, el R1 realizará su labor asistencial y docente bajo la supervisión directa del facultativo al que consultará y con el que acordará sus actuaciones y decisiones, teniendo como principales funciones la de realizar una correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo, emitirá un juicio clínico de presunción y según vaya progresando irá valorando riesgos y beneficios de cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico. Durante el resto de su formación, irán aumentando progresivamente el nivel de responsabilidad e independencia, informarán al enfermo y familiares y realizarán informes de alta que serán supervisados por su adjunto responsable.

El grado de autonomía del residente mayor será progresivo, pudiendo llegar a ser casi autónomo al final de su periodo de formación, siempre con un facultativo responsable que estará informado de sus actuaciones, el médico en formación y el facultativo responsable acordarán el grado de supervisión y la manera más adecuada de llevarla a cabo.

Todo residente, independientemente de su experiencia o año de formación, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento.

En las consultas ambulatorias, el residente asistirá a los pacientes asistidos en consultas externas, siempre acompañado de médico adjunto responsable que tomará las decisiones comentando con el médico en formación el porqué de cada una de ellas y resolverá las dudas que se puedan plantear. El residente realizará las historias clínicas de los pacientes nuevos.

En las distintas pruebas diagnósticas y terapéuticas, el residente estará siempre acompañado de un adjunto responsable, siendo el residente el que realice las exploraciones, primero las diagnósticas y después terapéuticas y urgentes, bajo supervisión del adjunto al cargo, adquiriendo mayor independencia y autonomía según vaya adquiriendo habilidades.