

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES DE LA UNIDAD DOCENTE DE REUMATOLOGÍA

Hospital Universitario 12 de Octubre

Autores: Sheila Melchor Díaz y Javier García González.

Colaboradores: Esther Rodríguez Almaraz, Beatriz Joven Ibáñez, José Luis Pablos Álvarez, Patricia Carreira Delgado, María Galindo Izquierdo.

Fecha de elaboración: octubre 2020 (V1); febrero 2023 (V2)

Fecha de aprobación por la Comisión de docencia:

Fecha prevista de revisión: febrero 2025.

Índice de Contenidos:

1. Introducción.....	3
2. Marco normativo.....	4
3. Ámbito de aplicación y contextualización de la unidad docente.....	6
Tareas y responsabilidades del Residente	
Tareas y responsabilidades del Colaborador Docente	
4. Supervisión en Actividad ambulatoria.....	8
Consulta del Residente	
Consultas específicas	
5. Supervisión en Actividad hospitalaria.....	13
Planta de Reumatología	
Interconsulta	
Urgencias	
Procedimientos que garantizan la adecuada información del colaborador docente sobre la actividad del residente	
6. Supervisión de residentes rotantes de otras especialidades.....	17

1. Introducción.

Es obligación de las Unidades docentes garantizar una supervisión adecuada del personal en formación (residentes). La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia (competencias), en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren, ya que el nivel de supervisión se reduce conforme avanza la formación del residente.

Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar son determinantes de gran importancia. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan, variables que son necesariamente inversas.

De manera general se ha huido de la simple numeración de tareas y niveles de responsabilidad en favor de la descripción detallada de la supervisión adecuada para cada tarea. Sin embargo, al final de cada apartado, se ha incluido un cuadro resumen con los tres niveles numéricos de supervisión, que se establecen de la siguiente manera según diferentes grados de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 3

Responsabilidad mínima /Supervisión estrecha. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

Nivel 2

Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal de plantilla.

Nivel 1

Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Las habilidades permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera.

Este protocolo debe ser conocido por todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes en las áreas del hospital donde los residentes de la especialidad de Reumatología han de desempeñar su actuación tanto en la jornada ordinaria como durante los periodos de atención continuada. Este documento está disponible en la web de Docencia del Hospital Universitario 12 de Octubre. (<https://comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/docencia>)

2. Marco normativo.

En cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, La unidad docente de Reumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid ha elaborado este protocolo para ser aprobado en Comisión de Docencia del centro.

Dicho artículo, 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, establece que: “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”. Tal y como se indica además en el citado artículo, el protocolo ha sido elevado también a los órganos de dirección del centro para su aplicación y para que se realicen revisiones periódicas.

Este protocolo se elabora en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Para su elaboración se ha tenido en cuenta el capítulo V, que incluye los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008.

Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008).

Capítulo 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 los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud. Dicho sistema formativo implicará 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.

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 cuya duración sea 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 consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

3. **Ámbito de aplicación y contextualización de la unidad docente.**

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada dentro de nuestro Hospital, específicamente en la Unidad docente de Reumatología. Afectará pues, tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una unidad docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una unidad docente no dependiente de nuestro hospital se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestras unidades docentes (rotantes de otras unidades dentro del hospital, de la unidad docente de atención primaria o rotantes de otros centros nacionales e internacionales).

Queda fuera de este protocolo la supervisión del residente de reumatología cuando desempeñe su papel en otras unidades docentes (rotaciones por otros servicios dentro del hospital, guardias de planta y de urgencias, rotaciones externas), siendo aplicables en estos casos los protocolos de supervisión propios de las unidades de destino.

El programa formativo de Reumatología (BOE 9 octubre 2009) y la Guía Itinerario Formativo Tipo de la Unidad Docente de Reumatología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, establecen la llegada del residente de Reumatología al Servicio de Reumatología al inicio del segundo semestre del segundo año de residencia (R2). Los años previos habrá rotado por diversos servicios y unidades dentro del hospital y habrá realizado múltiples guardias en el servicio de Urgencias y en planta de hospitalización. Por tanto, a efectos de supervisión, habrá que tener en cuenta que el residente apenas tendrá experiencia el ámbito de la Reumatología, pero sí que tendrá competencias y experiencia propia de un médico a la mitad de su segundo año de formación. En ningún caso debe ser considerado un R1.

A efectos organizativos, los residentes pasan 2 años y medio completos en el servicio. Los primeros 2 años rotan de manera alternativa cada 2 meses en “Actividad ambulatoria” (Consulta de Reumatología del residente, capilaroscopia, ecografía del aparato locomotor, consulta multidisciplinar de nefritis, consulta Síndrome de Sjögren) y en “Actividad hospitalaria” (Hospitalización de Reumatología, Interconsulta hospitalización, Urgencias Reumatología). Los últimos 6 meses se reservan para las posibles rotaciones externas, la rotación por hospital de día, rotación por reumatología pediátrica, por las consultas multidisciplinarias de inflamación ocular, consulta de gestación en enfermedades inmunomediadas y por la consulta de Reumatología de transición desde Pediatría. En este periodo se podrán recuperar rotaciones o partes de rotaciones que hayan quedado cortas en el tiempo o en la adquisición de competencias.

Durante los dos primeros años de estancia en el servicio, y a efectos organizativos, resulta práctico la división del residente de Reumatología como R 2-3 (desde la mitad del segundo año de residencia a la mitad del tercer año de residencia) y R 3-4 (desde la mitad del tercer año de residencia a la mitad del cuarto año de residencia). A partir de entonces, para los últimos 6 meses de residencia, hablaremos de R4. Los niveles de supervisión de este protocolo se referirán a esta nomenclatura.

Tareas y responsabilidades de los residentes.

Son responsabilidades de todos los residentes que rotan por la Unidad Docente de reumatología las siguientes tareas:

- Preparar y estudiar previamente los pacientes que vayan a ser vistos en su consulta y consultar dudas con el colaborador docente.
- Realizar historias clínicas, informes de ingreso-alta, petición razonada de pruebas complementarias.
- Información de pacientes y familiares sobre el curso de la enfermedad y su manejo de forma progresiva, según vaya adquiriendo los conocimientos necesarios.
- Requerir la presencia en sala de consultas del Colaborador Docente supervisor siempre que lo considere necesario.
- Gestionar sus agendas de consultas (bloques de guardias, vacaciones, permisos, etc), según las directrices de la Comunidad de Madrid mediante la herramienta "Gestión de Agendas", con la antelación establecida en la misma.
- Requerir la asistencia-presencia de un Colaborador Docente en procedimientos técnicos o pacientes complejos.

Tareas y responsabilidades del Colaborador Docente.

Son responsabilidades de los miembros de plantilla de la Unidad Docente de Reumatología las siguientes tareas:

- Mantenerse localizable y disponible para el residente.
- Supervisar a los residentes de manera proporcional a su grado de formación de acuerdo a los principios de este protocolo de supervisión.
- Mostrarse como interlocutor directo ante los pacientes y los médicos que solicitan la interconsulta.
- Firmar y supervisar los informes de alta e interconsulta hospitalaria.
- Firmar o escribir las anotaciones en la historia clínica que puedan tener mayor trascendencia para la toma de decisiones con los pacientes.
- Supervisar la prescripción electrónica de tratamientos en pacientes hospitalizados-urgencias.
- Atender personalmente cualquier situación de conflicto derivada de la actuación como consultores.
- Mostrar una actitud docente en el trabajo diario con los residentes.

4. Supervisión en Actividad ambulatoria.

De manera general se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 3

Responsabilidad mínima /Supervisión estrecha. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

Nivel 2

Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal de plantilla.

Nivel 1

Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Las habilidades permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera.

Consulta de Reumatología de residente

El residente de reumatología iniciará su formación el servicio a mediados de R2. El primer mes se ubicará en las consultas externas de Reumatología (planta 5D del CAA). Cada día acompañará en la consulta a un colaborador docente (adjunto/a del servicio), durante la consulta de éste, según el calendario asistencial disponible en Secretaría. Durante este período de formación el nivel de supervisión será 3 (máximo), todas las decisiones las tomará el colaborador docente y el papel del residente será acompañar y asistir al colaborador docente durante la consulta.

Los meses siguientes de su estancia en el servicio, el residente iniciará la responsabilidad directa sobre su propia agenda de consulta, que mantendrá durante 2 años. Durante este primer período de consultas, que durará como mínimo dos meses, pero se podría prolongar a juicio de los tutores y colaboradores docentes; el residente, de manera anticipada deberá preparar la consulta para ser supervisado de manera directa y activa por su tutor o un colaborador docente según un calendario previamente establecido por su tutor, que se proporcionará al residente a la llegada al servicio. Durante estos meses el nivel de supervisión será 2. Las decisiones se tomarán de manera anticipada (en la medida de lo posible) con el colaborador docente mediante una revisión caso a caso.

Durante la consulta, el residente estará solo en la sala, pero se mantendrá la supervisión directa del colaborador docente, que se ubicará de presencia física en alguna de las consultas aledañas, estando disponible en cualquier momento que lo requiera el residente. Será obligación del residente el requerir la presencia en sala del colaborador docente supervisor siempre que lo considere, para solventar cualquier duda que tenga durante la consulta. Para dudas menores se podrá usar la vía telefónica. Al finalizar la

consulta, se volverá a repasar los pacientes, esta vez de manera más somera, con el colaborador docente, a efectos de obtener retroalimentación sobre las decisiones tomadas.

Este período de supervisión se puede prolongar a criterio del tutor del residente, según la velocidad en adquisición de competencias, que puede ser muy variable entre distintos residentes.

A partir del 5º mes, siempre que la progresión en la adquisición de competencias sea adecuada, el residente pasará al nivel de supervisión 1, de manera que pedirá supervisión siempre que lo precise, tanto de manera anticipada como durante el desarrollo de la consulta, por vía telefónica o de presencia física. Si lo hace de manera anticipada, solicitará supervisión de manera preferencial a su tutor; si se solicita durante el transcurso de la consulta lo hará de manera preferencial con los colaboradores docentes ubicados en las consultas aledañas. En este último período de consultas, la adquisición de competencias y por tanto de responsabilidades se hará de una manera continua y progresiva. De esa manera irá decreciendo el grado de supervisión hasta la finalización de la rotación por la consulta del residente a mitad del cuarto año de residencia.

La supervisión de las habilidades técnicas (infiltraciones, artrocentesis, visualización de cristales al microscopio óptico, ecografías), serán supervisadas igualmente de forma progresiva en función de la adquisición de competencias, comenzando con un nivel 3 en los primeros meses de consultas, para posteriormente un grado de supervisión 2-1 en los residentes mayores (R3-4).

Así mismo, el tutor del residente establecerá otros mecanismos para la supervisión del residente, fundamentalmente Minicex para evaluar las competencias de consulta y evaluaciones 360, que deberán ser realizadas periódicamente por cualquier colaborador docente del servicio.

Como medida adicional de supervisión durante la rotación en consulta, se cuenta con las sesiones clínicas de pacientes. El residente, desde el primer día de responsabilizarse de su consulta, tiene la obligación de presentar en sesión clínica del servicio (Miércoles 13.30 y Viernes 8.15) los siguientes casos:

- todos los pacientes diagnosticados de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas complejas, independientemente de la actividad de su enfermedad.
- todos los pacientes a los que se le plantee un inicio de terapia biológica/ dirigida para su enfermedad.
- cualquier caso que por su complejidad o características, precise una decisión colegiada por parte del servicio.
- cualquier caso que por su interés, sea sugerido por el colaborador docente supervisor de la consulta.

Supervisión en la consulta de Reumatología del residente

Año de residencia	Periodo	Nivel de supervisión
R 2-3	1º mes	3
	2º-3º meses	2
	4º mes en adelante	1
R 3-4	Todo el período	1

Nivel 1: Responsabilidad mínima/ Supervisión estrecha

Nivel 2: Responsabilidad media / Supervisión directa

Nivel 3: Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda

Consulta de Pediatría

Por esta consulta se rota en el segundo semestre de R4 durante un mes completo, por tanto, el residente tendrá ya más de dos años de experiencia en el manejo y tratamiento de los pacientes con enfermedades reumáticas.

El residente se encarga de la anamnesis y exploración de los pacientes nuevos con la supervisión directa del colaborador docente, así como en las revisiones de pacientes crónicos (nivel 2). El nivel de supervisión será progresivamente menor, si el colaborador docente lo considera por las competencias/habilidades del residente, el residente podrá pasar consulta de estos pacientes de forma autónoma al final del período de rotación (nivel 1).

Capilaroscopia

Por esta consulta se rota durante los dos primeros años de asistencia ambulatoria (R 2-3). Al inicio de la rotación el grado de supervisión será máximo (nivel 3), atendiendo el residente a cómo el colaborador docente realiza la técnica. Progresivamente pasará a realizar las capilaroscopias el residente bajo la supervisión directa del colaborador docente (nivel 2) y esta es la normal de la rotación. Al final de la rotación el R 3-4 podrá realizar de forma autónoma las capilaroscopias de los pacientes citados en su consulta, para luego informar al colaborador docente y comentar el resultado de la misma (nivel 1). Hay que tener en cuenta que las distintas velocidades en la adquisición de competencias de distintos residentes podrían variar estos niveles de supervisión a criterio del colaborador docente responsable.

Ecografía del aparato locomotor

Por esta consulta se rota durante todo el período de actividad ambulatoria (R 2-3 y R 3-4). Como normal general al inicio de la rotación será el colaborador docente quien realice la técnica asistida por el residente (nivel 3). Según avance la rotación será el residente quién realice la técnica bajo la supervisión directa del colaborador docente (nivel 2). Al final de la rotación el R4 realizará la técnica, informando y comentando con el colaborador docente el resultado de la misma (nivel 1). Hay que tener en cuenta que las distintas velocidades en la adquisición de competencias de distintos residentes que podrían variar estos niveles de supervisión a criterio del colaborador docente responsable.

Consulta multidisciplinar de nefritis

Por esta consulta se rota el segundo año de estancia en el servicio (R 3-4). Como norma es el colaborador docente quién lleva el peso de la consulta, siendo asistido por el residente (nivel 3). Para algunos casos o intervenciones (anamnesis, exploración) el residente podrá tener un papel activo con supervisión directa del colaborador docente (nivel 2).

Biopsia de glándula salival-valoración del SSp

Por esta consulta se rota el segundo año de estancia en el servicio, al final de la actividad ambulatoria (R4). Al inicio de la rotación el nivel de supervisión es 3, observando y asistiendo el residente al colaborador docente en la realización de la biopsia y resto de pruebas específicas para la valoración del síndrome de Sjögren. De manera progresiva pasará a realizarlas el residente con una supervisión directa del colaborador docente (nivel 2).

Consulta de la paciente gestante con enfermedades inmunomediadas

Por esta consulta se rota el segundo año de estancia en el servicio al final de la actividad ambulatoria (R 4). Como norma es el colaborador docente quién lleva el peso de la consulta, siendo asistido por el residente (nivel 3). Para algunos casos o intervenciones (anamnesis, exploración) el residente podrá tener un papel activo con supervisión directa del colaborador docente (nivel 2).

Consulta de reumatología de transición desde pediatría

Por esta consulta se rota en el último semestre de R4, una vez se ha concluido la rotación en Pediatría. Como norma es el colaborador docente quién lleva el peso de la consulta, siendo asistido por el residente (nivel 3). Para algunos casos o intervenciones (anamnesis, exploración) el residente podrá tener un papel activo con supervisión directa del colaborador docente (nivel 2).

Consulta multidisciplinar de inflamación ocular

Por esta consulta se rota en el último semestre de residencia (R4). Al inicio de la rotación el residente atenderá a las exploraciones propias oftalmológicas y a las orientaciones diagnósticas e intervenciones terapéuticas reumatológicas con un nivel de supervisión máximo (nivel 3). Progresivamente el residente pasará a realizar él mismo la orientación diagnóstica y el tratamiento de los pacientes, de manera supervisada directa por el colaborador docente (nivel 2).

Consulta multidisciplinar de reumatología-dermatología

Por esta consulta se rota en el último semestre de residencia (R4). Como norma general es el colaborador docente quien lleva el peso de la consulta, siendo asistido por el residente (nivel 3). Una vez visto el manejo de la consulta, el residente pasará a hacer la anamnesis y exploración del paciente, tomando las decisiones diagnóstico-terapéuticas bajo la supervisión directa del colaborador docente (nivel 2). De manera excepcional, se podría llegar de manera progresiva a que el residente realizará todos los actos médicos propios de la consulta, informando a posteriori al colaborador docente o solicitando supervisión siempre que lo precise (nivel 1).

Hospital de día

Por esta consulta se rota en el último semestre de residencia (R4). En esta rotación el residente se enfrenta a un tipo de pacientes que le son familiares, con patologías bien conocidas y situaciones clínicas en las que tiene una cierta experiencia. Por ello, desde el inicio el residente valorará, explorará y tomará decisiones sobre el tratamiento de los pacientes, inicialmente bajo la supervisión directa del colaborador docente (nivel 2) para pasar de manera progresiva a hacerlo independientemente, para luego informar al colaborador docente o pedir su supervisión si lo considera necesario (nivel 1). Durante este período de formación el residente siempre tendrá un colaborador docente responsable de presencia física en el centro, ubicado habitualmente en el mismo Hospital de día, y en cualquier caso localizable a través de teléfono móvil corporativo.

Supervisión en las consultas específicas

Rotación	Año de residencia	Nivel de supervisión
Pediatría	R 4	2-1
Capilaroscopia	R 2	3-2
	R 3	2-1
Ecografía	R 2-3	3-2
	R 3-4	2-1
Nefritis	R 3-4	3-2
Biopsias	R 3-4	3-2
Gestación	R 3-4	3-2
Transición	R 3-4	3-2
Uveitis	R 4	3-2
Reuma-Derma	R 4	3-2
HDD	R 4	2-1
Consulta Reumatología (rotantes)	cualquiera	3-2

Nivel 1: Responsabilidad mínima/ Supervisión estrecha

Nivel 2: Responsabilidad media / Supervisión directa

Nivel 3: Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda

5. Supervisión de Actividad hospitalaria.

Durante los meses de rotación en hospitalización el residente se integrará en un equipo de trabajo estable formado por un residente pequeño, un residente mayor y un adjunto (colaborador docente). Eventualmente podrán incorporarse al equipo, rotantes de otras especialidades o centros a los que se les aplicará el mismo protocolo de supervisión, siendo considerados a efectos de la misma y de manera general como R 2-3 hasta el final del tercer año de residencia (R3) y R 3-4 a partir del inicio del cuarto año de residencia (R4).

Circunstancialmente podría ocurrir que solo hubiera un residente de Reumatología en el equipo (incapacidad temporal, permisos, años con un solo residente...). Siempre habrá un colaborador docente responsable de la supervisión durante este período.

En este período se diferencian 3 escenarios: planta de Reumatología, PIC y urgencias.

Planta de reumatología

El R 2-3 será el encargado de una primera aproximación al paciente hospitalizado (ingreso). Realizará la historia clínica, explorará al paciente (nivel 1) y posteriormente, con la supervisión directa del colaborador docente, planteará las pruebas complementarias y el tratamiento (nivel 2). Según avance en su entrenamiento el R 2-3 irá ganando autonomía para la solicitud de pruebas e instauración del tratamiento hasta llegar a nivel 1. En cualquier caso para la solicitud de pruebas invasivas (ej, endoscopias o biopsias) o especiales (ej, PET-TC) el nivel de supervisión será 2 durante toda la residencia. El R 3-4, en ausencia del R 2-3, será el encargado de hacer la historia, explorar al paciente, solicitar pruebas complementarias y poner el tratamiento (nivel 1).

El pase diario de planta lo podrán hacer tanto el R 2-3 como el R 3-4 (nivel 1). Si hay que realizar ajustes en el tratamiento o solicitar nuevas pruebas complementarias o interconsultas, en nivel de supervisión será de 2 para el R 2-3 y 1 para el R 3-4. La realización del informe de alta y su entrega al paciente corresponderá a cualquier nivel de residente, ambos supervisados de manera directa por el colaborador docente (nivel 2). El informe deberá llevar la firma física o digital del adjunto responsable. Como excepción, los informes de los ingresos cortos para la administración de tratamientos cíclicos (ej: choques de ciclofosfamida o infusiones de inmunoglobulinas) podrán hacerse de manera independiente tanto por el R 2-3 como por el R 3-4 (Nivel 1) y no precisarán firma del adjunto.

En cualquier caso el colaborador docente responsable debe conocer de manera directa a los pacientes y su orientación diagnóstica, las pruebas complementarias solicitadas y el tratamiento. La mayor parte de las veces esta transmisión de la información puede ser diferida en el tiempo (última hora de la mañana o al día siguiente). Sin embargo en caso de pacientes inestables, con riesgo vital o en los que se precise la valoración por UCI, el colaborador docente debe conocer la información inmediatamente. El traslado de la información puede ser de manera presencial o a través del teléfono.

Interconsulta Hospitalización

El R 2-3 será el encargado de una primera aproximación a la interconsulta del paciente hospitalizado (nuevo PIC). Realizará la historia clínica, explorará al paciente (nivel 1) y posteriormente, con la supervisión directa del colaborador docente, planteará las pruebas complementarias y el tratamiento (nivel 2).

El R 3-4, en ausencia del R 2-3, será el encargado de hacer la historia, explorar al paciente, solicitar pruebas complementarias y poner el tratamiento (nivel 1).

Las revisiones de los PIC las podrán hacer tanto el R 2-3 como el R 3-4 (nivel 1). Si hay que realizar ajustes en el tratamiento o solicitar nuevas pruebas complementarias o interconsultas, el nivel de supervisión será de 2 para el R 2-3 y 1 para el R 3-4.

La realización del informe de alta y su entrega al paciente, si fuera necesario en este ámbito, corresponderá al residente de cualquier nivel, ambos supervisados de manera directa por el adjunto (nivel 2). El informe deberá llevar la firma física o digital del adjunto responsable.

Como caso particular, la primera aproximación a un paciente interconsultado desde una unidad de críticos (UCI), se debe hacer bajo la supervisión directa de presencia física del colaborador docente responsable (nivel 2), independientemente de que lo haga un R 2-3 o un R 3-4.

Urgencias

El R 2-3 será el encargado de una primera aproximación al paciente en urgencias (llamada al busca). Realizará la historia clínica, explorará al paciente (nivel 1) y posteriormente, con la supervisión directa del colaborador docente, planteará las pruebas complementarias, el tratamiento y el destino del paciente (nivel 2).

El R 3-4, en ausencia del R 2-3, será el encargado de hacer la historia, explorar al paciente, solicitar pruebas complementarias y poner el tratamiento (nivel 1). A la hora de decidir el destino del paciente pedirá la supervisión del colaborador docente (nivel 2).

El colaborador docente debe bajar a la urgencia cuando el nivel de complejidad del paciente lo requiera según su juicio y supervisar cualquier aspecto a requerimiento del residente.

El colaborador docente debe conocer lo antes posible la existencia de pacientes en urgencias pendientes de valoración. Así mismo debe supervisar el destino del paciente en todos los casos (alta, observación, derivación a otra especialidad, ingreso).

La realización del informe de alta y su entrega al paciente corresponderá al R 2-3 o al R 3-4, ambos supervisados de manera directa por el colaborador docente (nivel 2) y así debe constar en el informe de alta, no siendo imprescindible el llevar la firma física o digital del colaborador docente responsable.

Procedimientos que garantizan la adecuada información del Colaborador Docente sobre la actividad del residente:

Al inicio y final de la jornada diaria de planta de hospitalización, se realizará una reunión con el adjunto responsable, para comentar los pacientes que se van a visitar y tratar durante ese día, estableciendo un plan de actuación-trabajo diario. Al finalizar la jornada, se revisarán por parte del adjunto-residente el trabajo realizado con los pacientes, incidentes que hayan surgido, partes de interconsulta y pacientes atendidos en urgencias, con supervisión de los tratamientos pautados en la prescripción electrónica.

Como medida adicional de supervisión se establecen sesiones de planta los miércoles a las 13:30. En ellas el residente (R2-3-4) expone los pacientes más complejos (hospitalizados, interconsultas, urgencias) a todos los miembros del servicio, tomándose decisiones colegiadas.

Así mismo, el tutor del residente o el colaborador docente responsable durante el período de rotación del residente en el ámbito hospitalario, establecerán otros mecanismos para la supervisión del residente, fundamentalmente con Minicex para evaluar la asistencia en cualquiera de los tres escenarios (planta, interconsulta o urgencia) y evaluaciones 360.

En cualquiera de los tres ámbitos, la información a pacientes y familiares puede ser proporcionada tanto por el R 2-3 (nivel 2) como por el R 3-4 (nivel 3). En los casos más complejos el residente de cualquier año podrá solicitar la supervisión directa del colaborador docente para la información.

En situaciones especiales como: paciente clínicamente inestable (hipotensión, disminución nivel conciencia, desaturación), pacientes en UCI, pediatría, toma de decisiones urgentes, situaciones de conflicto (con pacientes, con familiares, con otros facultativos del hospital), el nivel de supervisión será 1-2 y el residente de cualquier año podrá solicitar la supervisión directa del colaborador docente.

La ubicación física del colaborador docente durante el período de rotación en hospitalización será de manera general de presencia física en la planta. De manera ocasional el colaborador docente podría estar en otra ubicación dentro del centro. A estos efectos deberá estar localizable a través del teléfono móvil. Si el colaborador docente tuviera que ausentarse del centro por el motivo que fuera, siempre quedará otro colaborador docente que se encuentre en el centro como responsable de la supervisión. En este caso los residentes deben conocer qué colaborador docente queda al cargo.

Supervisión de la actividad hospitalaria

Proceso	Año de residencia	Planta	Interconsulta	Urgencia
Anamnesis y exploración	R 2-3	1	1	1
	R 3-4	1	1	1
Pruebas complementarias/ Orientación dx	R 2-3	2	2	2
	R 3-4	1	1	1
Tratamiento	R 2-3	2	2	2
	R 3-4	1	1	1
Información	R 2-3	2	2	2
	R 3-4	1	1	1
Destino del paciente	Cualquiera	2	2	2
Evolución (pase de planta)	Cualquiera	1	1	1
Informe de alta	Cualquiera	2-1	2-1	2-1
Realización de Ecografías a pie de cama	R 2, R3, R4	2-1	2-1	2-1
Realización de artrocentesis-infiltraciones-biopsias	R 2-3	3-2	3-2	3-2
	R 3-4	1	1	1
Situaciones especiales-críticas	R 2-3	3	3	3
	R 3-4	2	2	2

Nivel 1: Responsabilidad mínima/ Supervisión alta.

Nivel 2: Responsabilidad media / Supervisión directa

Nivel 3: Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda

6. Supervisión de residentes rotantes de otras especialidades.

Como norma general, la unidad docente de Reumatología recibe todos los años rotantes de otras especialidades (Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Rehabilitación, Inmunología, Rotantes Externos Internacionales), que realizan una estancia formativa durante los años de residencia (R2-R3-R4-R5).

El residente procedente de otras unidades docentes (rotante) podrá rotar por algunas de estas consultas multidisciplinarias y unidades, así como en planta de hospitalización, con excepción de la Consulta del Residente. Durante su permanencia en estas unidades y consultas el nivel de supervisión será el mismo que para los residentes de la propia unidad docente de Reumatología del Hospital 12 de Octubre.

Adicionalmente, el rotante, podrá rotar en las distintas consultas de colaboradores docentes del hospital y los CEP, siempre en este caso con un Nivel de supervisión 3-2. El itinerario de rotación por el ámbito ambulatorio será individualizado para cada rotante de acuerdo al programa de su especialidad e intereses personales, y entregado por el tutor responsable al inicio de su estancia en nuestra Unidad.