
	<p align="center">PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE</p> <p align="center">UDD APARATO DIGESTIVO</p>	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

PROTOCOLO DE SUPERVISION DE LOS RESIDENTES DE APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES



INDICE

1. Introducción. Marco normativo.
2. Definición de niveles de supervisión
3. Protocolo de Supervisión Unidad Docente aparato Digestivo HU del Henares
 - 3.1 Supervisión por año de Residencia
 - 3.2 Supervisión por ámbito asistencial (consulta y hospitalización, endoscopias)
 - 3.3 Objetivos durante la residencia

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:


1. INTRODUCCIÓN. MARCO NORMATIVO

El médico residente debe adquirir, durante sus años de formación, los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para ofrecer un cuidado integral de los pacientes con enfermedades relacionadas con el aparato digestivo. Los adelantos científicos en el ámbito de muchas patologías digestivas han sido tan importantes en los últimos tiempos que actualmente hay grandes áreas dentro de la especialidad que en un futuro próximo podrían dar lugar a subespecialidades o áreas de capacitación específica. Los ámbitos de formación del especialista en Aparato Digestivo sobrepasan los límites de los servicios asistenciales de la especialidad, y en muchos de los centros los residentes deben completar su formación en otras áreas del hospital o en otros hospitales, e incluso necesitan un período de capacitación específica una vez finalizada la residencia (por ejemplo, sobre CPRE).

Debe definirse el grado de autonomía que ha de alcanzar el residente en las diferentes etapas formativas. Es decir, hasta dónde puede llegar a actuar de forma autónoma o con qué grado de supervisión debe actuar. La supervisión y el nivel de responsabilidad para cada tarea deben fijarse previamente, sobre todo en relación con las habilidades clínicas y técnicas. El aprendizaje es progresivo y, por lo tanto, lo es también la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. Consecuentemente, el grado de autonomía también debe ser progresivo y adaptado a los conocimientos adquiridos; aunque se puede establecer, en líneas generales, por año de residencia, hay que tener en cuenta que la curva de aprendizaje es individual, por lo cual, una vez establecidos el nivel de supervisión y el grado de autonomía general según el año de residencia en cada unidad docente, es obligación del tutor adaptarlos a cada uno de los residentes en función del grado de competencias adquiridas en cada etapa formativa.

A continuación se exponen los niveles de responsabilidad que debe alcanzar el residente una vez que ha hecho las rotaciones por las diferentes unidades del Servicio, los niveles que debe conseguir al acabar la residencia y los niveles de responsabilidad durante la atención continua de la guardia según el año de residencia. Todo el documento se basa en el programa oficial de la especialidad de Aparato Digestivo (BOE, 256, 26 de octubre del 2009) y recoge sus indicaciones. Se han tenido en cuenta las peculiaridades del Servicio de Aparato Digestivo. No se exponen los conocimientos que el residente debe adquirir sino las habilidades, junto con el nivel de responsabilidad que corresponde a cada una.

Marco normativo: La supervisión de los Residentes queda definida en el artículo 15 del RD 183/2008, de 8 de Febrero, en el que se señala que *“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 este rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visaran por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.”*

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:


2. DEFINICION DE NIVELES DE SUPERVISIÓN: Se han definido tres niveles de supervisión:

-**Nivel 1:** Supervisión a demanda. Son actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una tutela directa. El residente ejecuta y posteriormente informa. Es responsabilidad máxima para el residente, con tutela a demanda.

-**Nivel 2:** Supervisión directa. Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del adjunto. El residente tiene un conocimiento extenso, pero no alcanza la suficiente experiencia como para hacer una técnica o un tratamiento completo de forma independiente. Supone una responsabilidad.

-**Nivel 3:** Supervisión máxima o de presencia física. Son actividades realizadas por el personal sanitario del centro; el residente observa o ayuda en su ejecución. Es responsabilidad mínima.

El paso de unos niveles a otros será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor, la posible experiencia previa y el ritmo de aprendizaje de cada residente en dicha formación específica.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

3. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN UNIDAD DOCENTE APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES


El presente documento recoge las recomendaciones establecidas por la Comisión de Docencia del HU del Henares, el Jefe de Sección y la tutora de Aparato Digestivo para supervisar tareas asistenciales significativas desempeñadas por los residentes en las diferentes subunidades y ámbitos de la Unidad Docente

Este protocolo deberá ser conocido por todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes en áreas del hospital en la que los residentes de la Unidad de Aparato Digestivo han de desempeñar su actuación tanto en la jornada ordinaria, como durante los periodos de atención continuada. La tutora de residentes hará llegar este documento a sus residentes y a todos los especialistas del hospital que puedan participar en su formación.

Cada residente, durante las distintas rotaciones, tendrá asignado un **colaborador docente responsable** que es un especialista de la plantilla que tendrá asignadas las tareas siguientes durante la duración de la rotación del residente en cuestión:

- Programar las actividades del residente en el servicio, para dicha rotación según consta en la guía docente de la especialidad
- Evaluar cualitativamente el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos para esta rotación por la guía docente del servicio la especialidad
- Evaluar cuantitativamente una serie de aptitudes y actitudes profesionales y de aprovechamiento del residente durante su rotación
- Fomentar la integración del residente en las actividades asistenciales, docentes y eventualmente de investigación desarrolladas en el servicio correspondiente durante el periodo de rotación
- Hacer cumplir al residente el régimen de jornada laboral y de descansos que están previstos por la legislación vigente
- Establecer una supervisión del residente, adecuada al año de residencia

A continuación se exponen los niveles de supervisión que debe tener el residente una vez que ha rotado por cada año de residencia, en cada ámbito asistencial y en cada una de las unidades del servicio.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

3.1 SUPERVISIÓN POR AÑO DE RESIDENCIA

3.1.1 Residentes de primer año (R1)

Objetivos de los residentes de primer año


El objetivo del primer año es la iniciación en la práctica asistencial de la patología médica urgente. Gran parte de la patología que se atiende en el área médica del Servicio de Urgencias es de alta prevalencia entre la población general y, por lo tanto, son comorbilidades frecuentes que presentan los enfermos de la especialidad de digestivo. Los objetivos concretos que se deben lograr son comunes entre los residentes de primer y segundo año, puesto que las guardias son de medicina general.

Responsabilidad y grado de supervisión de los residentes de primer año

La adquisición de responsabilidad es progresiva y el grado de supervisión es intenso durante este período. La supervisión es realizada habitualmente por los médicos adjuntos del Servicio de Medicina de Urgencias. El residente debe estar supervisado físicamente y bajo ningún concepto puede firmar ningún documento importante u oficial, como altas, ingresos o partes de lesiones.

Al final de este período, el residente de Aparato Digestivo debe estar plenamente capacitado para realizar las actividades siguientes:

- Confeccionar la historia clínica y hacer la exploración física de cualquier enfermo.
- Indicar o interpretar el resultado de las analíticas urgentes, de los electrocardiogramas y de las radiografías de tórax y abdomen.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE	Edición 1
	UDD APARATO DIGESTIVO	Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

- Orientar y realizar el diagnóstico diferencial y manejo de los síndromes básicos habituales en esta área médica: síndrome febril, disnea, *shock*, dolor torácico, insuficiencia renal, anemia, síndrome confusional.
- Realizar el tratamiento específico de patologías médicas de alta prevalencia como:
 - Insuficiencia cardíaca (hay que destacar la utilización y manejo de drogas vasoactivas)
 - Insuficiencia respiratoria y criterios de intubación
 - Arritmias cardíacas
 - Crisis comiciales
 - Alteraciones hidroelectrolíticas
- Utilizar los antibióticos más habituales, conociendo el espectro de acción y la elección del mejor fármaco ante la sospecha clínica de una focalidad infecciosa determinada.
- Iniciar una pauta de insulización y modificarla según las necesidades del paciente.

3.1.2 Residentes de segundo año (R2)

La responsabilidad de los residentes irá aumentando de manera progresiva de forma que les serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.

- En las tareas que incluyen competencias propias de la especialidad, precisan una supervisión de presencia física de un especialista, esto aplica muy especialmente a las guardias de especialidad.
- En tareas más generales cuyas competencias han debido ser adquiridas durante el primer año de residencia, no necesitarán una supervisión de presencia física de un especialista sino comentar con los colaboradores docentes sus actuaciones para que las validen a posteriori.


3.1.3 Residentes de tercer año (R3)

Son los mismos que los del residente de segundo año.

Además, durante este período de tiempo el residente se debe iniciar en el manejo de la patología urgente de la especialidad y en la realización de la endoscopia digestiva urgente.

Debe colaborar en la preparación y realización de las gastroscopias y colonoscopias que se generen durante el día. Por lo tanto, tiene que:

- Preparar el utillaje necesario para la realización de la exploración según la indicación (paciente sangrante, extracción de cuerpo extraño).
- Revisar el correcto funcionamiento de los aparatos y accesorios.
- Realizar la endoscopia diagnóstica bajo la supervisión directa del adjunto de guardia y siempre que éste lo considere pertinente.
- Familiarizarse con los diferentes tratamientos endoscópicos (esclerosis, ligaduras, coagulación) y empezar a hacerlas con supervisión.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

Responsabilidad y grado de supervisión de los residentes de tercer año

La supervisión la hacen habitualmente los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias.

Si el residente es requerido para valorar pacientes ingresados en el área de Urgencias de Medicina Interna, la supervisión la hará el adjunto de Medicina Interna.

Con respecto a los procedimientos endoscópicos, el residente necesitará la tutorización directa del médico adjunto del Servicio de Digestivo.


Las actividades del residente durante este período serán:

- Revisar por las mañanas a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por patología relacionada con la especialidad.
- Revisar y completar la historia clínica y la exploración física de los pacientes que han sido atendidos en primera instancia por los residentes del *pool* general de medicina o cirugía.
- Realizar el diagnóstico diferencial y establecer la orientación diagnóstica de la patología del paciente.
- Valorar si es necesario solicitar alguna exploración complementaria (ecografía, TAC, endoscopia, etc.).
- Planificar el tratamiento del paciente habitual bajo la supervisión de su médico adjunto de planta.
- Decidir, bajo la supervisión del adjunto del Servicio de Digestivo, el destino final del paciente: ingreso (planta de hospitalización convencional o de una unidad de críticos) o control ambulatorio o zona de dispensario del hospital.
- Realizar la endoscopia diagnóstica de todas las endoscopias urgentes bajo la supervisión directa del médico adjunto de guardia (y hacer una terapéutica endoscópica bajo la supervisión directa del médico adjunto de guardia y por indicación expresa suya siempre que lo considere pertinente).


3.1.4 Residentes de cuarto año (R4)

Al final de este período, el residente de cuarto año de la especialidad debe estar plenamente capacitado para:

- Realizar correctamente la historia clínica y la exploración física de cualquier enfermo con patología relacionada con la especialidad, plantear el diagnóstico diferencial, indicar las exploraciones complementarias en los casos necesarios y establecer el tratamiento más adecuado. Estas patologías son muy diversas, pero hay que incluir:
 - Descompensaciones de la cirrosis hepática: encefalopatía, ascitis, hemorragia digestiva alta por hipertensión portal, peritonitis bacteriana espontánea, empiema, bacteriemia espontánea.
 - Hepatitis aguda. Diagnóstico diferencial.
 - Hepatitis alcohólica aguda, hepatitis crónicas B y C, hepatitis autoinmunitaria y enfermedades por déficit (hemocromatosis, enfermedad de Wilson, etc.). Diagnóstico y tratamiento.
 - Manejo de la ictericia de causa intra o extrahepática.
 - Brotes de enfermedad inflamatoria intestinal y sus complicaciones: abscesos, megacolon tóxico y enfermedad perianal.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE	Edición 1
	UDD APARATO DIGESTIVO	Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

- Hemorragia digestiva alta y baja
- Síndrome diarreico agudo y crónico.
- Dolor abdominal y epigastralgias. Reflujo gastroesofágico.
- Disfagia aguda e ingesta de cuerpo extraño.
- Indicación y realización de la endoscopia digestiva alta urgente, tanto diagnóstica como terapéutica. El residente debe estar plenamente familiarizado con el material endoscópico y tener total capacidad en la realización de esclerosis con diferentes sustancias (adrenalina, suero fisiológico, polidocanol) de lesiones sangrientas agudas.
- Colocación de bandas elásticas en la hemorragia digestiva por varices.
- Colocación de clips hemostáticos en lesiones sangrantes.
- Extracción de cuerpos extraños.
- Indicación y realización de la endoscopia digestiva baja urgente, tanto diagnóstica como terapéutica. El residente debe estar capacitado para hacer la descompresión de dilataciones colónicas agudas (síndrome de Ogilvie).
- Desvolvulación de los segmentos colónicos (vólvulo de sigma).

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:


3.2. SUPERVISIÓN POR AMBITO ASISTENCIAL

3.2.1 Supervisión del Residente en el ámbito de Consulta y Hospitalización:

La supervisión de los residentes de primer año es de presencia física y la llevan a cabo los médicos de la plantilla de los diferentes servicios por los que pasa el residente. El grado de supervisión y la forma de supervisar dependen de cada servicio. Estos especialistas deben revisar por escrito las altas y bajas y otros documentos relativos a las actividades asistenciales y actividades en que intervenga el residente de primer año. Se debe adecuar el grado de supervisión a las competencias individuales del residente y a las características y circunstancias de cada actividad.


La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación debe tener carácter progresivo. El tutor del residente y los especialistas encargados de su formación darán instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad del residente que tienen a su cargo según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias. El residente podrá consultar a los profesionales de las diferentes unidades siempre que lo considere necesario.

Los médicos adjuntos del Servicio deben elaborar por escrito protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en las áreas asistenciales significativas.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE	Edición 1
	UDD APARATO DIGESTIVO	Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

Responsabilidad	R1	R2-R3	R4
Historia clínica completa	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3
Exploración física completa	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3
Interpretación de exploraciones complementarias: analítica, radiografía de tórax y de abdomen, ECG	Nivel 1-2*	Nivel 2*	Nivel 3
Diagnóstico diferencial y orientación diagnóstica	Nivel 1-2*	Nivel 2	Nivel 3
Solicitud de pruebas diagnósticas básicas: analítica, radiografía simple, ecografía e interconsultas	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 3
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales: radiografía compleja (TAC, RMN, intervencionista), endoscopia, punciones	Nivel 1,2*	Nivel 2	Nivel 3
Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 1,2*	Nivel 2	Nivel 3
Realización/informe de procedimientos diagnósticos o terapéuticos	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 2-3*
Información a pacientes y familiares	Nivel 1-2*	Nivel 2	Nivel 3
Ejecución de técnicas diagnósticas invasivas: tóracocentesis, paracentesis, punción lumbar	Nivel 1-2*	Nivel 2	Nivel 3
Decisión de alta o ingreso hospitalario	Nivel 1-2*	Nivel 2	Nivel 3
Toma de decisiones en pacientes terminales e información en situaciones delicadas (diagnóstico grave, paciente terminal, riesgo de conflicto)	Nivel 1	Nivel 1-2*	Nivel 3
Situaciones de urgencia hospitalaria	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Elaboración de un informe de alta	Nivel 1-2*	Nivel 2	Nivel 3
Consultas externas	Nivel 1	Nivel 1-2*	Nivel 3

* según criterio del evaluador

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

3.2.2 Supervisión del Residente en Unidad de Endoscopias:

La endoscopia digestiva es la exploración más relevante para el diagnóstico de las enfermedades digestivas. Se utiliza también como procedimiento de apoyo en maniobras terapéuticas que requieren la visualización directa de la lesión. El especialista en formación debe adquirir **conocimientos, habilidades y actitudes** suficientes para poder realizar la endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica estándar y adquirir la información suficiente sobre la endoscopia digestiva de alta complejidad. El residente será un residente de mínimo segundo año y la rotación por la Unidad de Endoscopia se prolongará durante al menos 12 meses en periodos discontinuos. Para profundizar en el conocimiento y habilidad de la endoscopia avanzada durante el cuarto año de residencia, tal como indica el programa formativo de la especialidad, desde la Unidad de Endoscopia se facilitarán al máximo los medios de acceso a la formación y el material educacional necesario para la consecución de este objetivo.

Los niveles de habilidad de este protocolo se establecen para cada una de las exploraciones endoscópicas en función de la Orden SAS/2854/2009, publicada en el BOE del 9 de octubre del 2010, por la cual se aprueba el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo.


En función de dicho programa formativo, el residente deberá adquirir durante la rotación niveles de responsabilidad progresiva en las técnicas endoscópicas básicas o estándar con niveles 3 y 2. Para las técnicas endoscópicas avanzadas o de alta complejidad, el nivel 2 será el objetivo, y, si es factible, durante el último año de residencia se profundizará en su aprendizaje.

En el BOE se clasifican las diferentes técnicas endoscópicas:

Endoscopia diagnóstica y terapéutica estándar

Esta es la endoscopia en que el residente debe conseguir los mínimos exigidos de habilidad.

- Endoscopia digestiva alta diagnóstica
- Endoscopia digestiva baja diagnóstica
- Tratamiento endoscópico de la úlcera péptica sangrante
- Tratamiento endoscópico de las varices esofágicas
- Dilatación de estenosis intraluminales
- Gastrostomía endoscópica percutánea
- Polipectomía endoscópica

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

Endoscopia digestiva de alta complejidad

Esta es la endoscopia en que el residente debe adquirir ciertas habilidades, pero no autonomía.


- Entereoscopia
- Cápsula endoscópica
- Colangiografía retrógrada endoscópica
- Ecoendoscopia y ecografía endoanal
- Técnicas de cromoendoscopia y magnificación
- Colocación de prótesis

Con carácter progresivo, los objetivos de nivel de habilidad en las técnicas endoscópicas durante el periodo de rotación por la unidad son:

1. Endoscopia digestiva alta diagnóstica (nivel 3 de habilidad)
2. Endoscopia digestiva baja diagnóstica (nivel 3 de habilidad)
3. Endoscopia de urgencia: esclerosis y extracción de cuerpos extraños (nivel 2 de habilidad)
4. Biopsia endoscópica (nivel 3 de habilidad)
5. Polipsectomía endoscópica simple y asistida (nivel 2 de habilidad)
6. Polipsectomía endoscópica de pólipos de gran tamaño (nivel 1 de habilidad)
7. Dilataciones esofágicas (nivel 2 de habilidad)
8. Terapéutica de varices esofágicas (nivel 2 de habilidad)
9. Gastrostomía percutánea endoscópica (nivel 2 de habilidad)
10. Otras técnicas endoscópicas terapéuticas: argón, clips, tatuaje (nivel 2 de habilidad)
11. Colocación endoscópica de prótesis (nivel 1 de habilidad)
12. CPRE, ecoendoscopia, cápsula y enteroscopia (nivel 1 de habilidad)

La endoscopia de urgencia merece una mención especial por sus características. Toda endoscopia de urgencia debe ser supervisada siempre durante la formación en endoscopia, y el residente adquirirá el nivel 2 como máximo nivel de habilidad.

El primer contacto del residente con la endoscopia de urgencia tendrá lugar durante la rotación en la Unidad y fuera del horario de guardias, dado que los residentes de segundo y tercer año actualmente no hacen guardias de especialidad. Una vez que haya conseguido el nivel 2 de habilidad, que según el cronograma de aprendizaje tendría que ser a partir del tercer mes de rotación, el residente será siempre el encargado de llevar a cabo la endoscopia (a criterio del médico adjunto). El residente no asumirá las endoscopias de urgencias hasta que el nivel de habilidad sea el adecuado, independientemente de que coincida o no con el cronograma.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE	Edición 1
	UDD APARATO DIGESTIVO	Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

Número mínimo de exploraciones endoscópicas

El residente debe cumplir con lo estipulado por ley en el programa formativo en relación con el número mínimo de exploraciones realizadas. Así, el programa de la especialidad publicado en el BOE recoge los siguientes objetivos:


- Endoscopia digestiva alta: 150
- Endoscopia digestiva baja: 150
- Hemostasia endoscópica: 50
- Polipectomía endoscópica: 50
- Dilatación endoscópica: 20
- Cápsula endoscópica: 30
- Gastrostomía percutánea endoscópica: 10
- Participación como ayudante en CPRE: 50
- Participación como ayudante en USE y USE-PAAF: 20
- Participación como ayudante en colocación de prótesis endoscópicas: 15

Evaluación formativa en la Unidad de Endoscopia Digestiva

La evaluación del progreso del residente en la adquisición de las habilidades endoscópicas es un proceso continuo que se desarrolla a lo largo de todo el programa de aprendizaje. El *staff* interviene íntegramente en la formación del residente y el director del programa de aprendizaje es el encargado de evaluar todo el proceso formativo. Es imprescindible que el residente participe en esta evaluación, pues el aprendizaje de la endoscopia digestiva es un proceso que no sólo acaba en la consecución de competencias, sino que también busca conseguir y mantener la excelencia en todos los procesos endoscópicos a lo largo de su vida como endoscopista.

En el proceso de evaluación hay que diferenciar varias etapas:

- 1) La evaluación del entrenamiento inicial, con el que se empiezan a adquirir las habilidades endoscópicas
- 2) La evaluación de la competencia, cuando según un cronograma previamente establecido se supone que el residente ya ha adquirido suficiente habilidad para conseguir determinadas competencias
- 3) La evaluación en período de prueba, para comprobar la retención de las habilidades adquiridas, lo cual permite dar autonomía
- 4) La autoevaluación continua, cuando el endoscopista ya es competente y se autoevalúa con la finalidad no sólo de mantener las competencias sino también de mejorar las habilidades (esta etapa debería durar toda la vida del endoscopista)

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

Cada etapa evaluativa requiere herramientas de evaluación específicas que estén de acuerdo con la competencia que se evalúa, si bien la herramienta básica será siempre la medida de unos parámetros de calidad específicos para cada técnica endoscópica, recogidos en una base de datos.

Las evaluaciones podrán influir en el cronograma formativo de forma positiva o negativa, acelerando o retrasando el momento de consecución del nivel de habilidad que se exige como objetivo para cada técnica endoscópica.

Al finalizar el período de formación, el residente tiene que haber logrado los siguientes niveles de competencias y responsabilidad:

Nivel 1


- Prótesis esofágicas, biliares, pancreáticas, cólicas
- Mucosectomía
- Enteroscopia de tracto superior e inferior
- Colangiografía endoscópica retrógrada
- Ecoendoscopia
- Cromoendoscopia

Nivel 2

- Dilataciones de estenosis
- Polipectomía con inyección submucosa
- Cápsula endoscópica
- Coloproctología (tratamiento endoscópico de hemorroides y fisura anal)
- Gastrostomía percutánea

Nivel 3

- Gastroscopia y colonoscopia total diagnósticas (con o sin biopsia)
- Técnicas terapéuticas básicas
- Polipectomía con asa
- Hemostasia (inyección, esclerosis, colocación de bandas y clips)
- Extracción de cuerpos extraños simples
- Marcaje de lesiones tumorales
- Electrocoagulación con argón y coagulación bipolar

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

3.3 OBJETIVOS DE LA ESPECIALIDAD:

3.3.1. PRIMER OBJETIVO

La consecución de los **conocimientos, habilidades y actitudes** que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden a un médico especialista en Aparato Digestivo tanto en relación con situaciones clínicas ordinarias como urgentes, en cualquier ámbito de desarrollo de la especialidad.

Actividades: Cada curso o seminario debe ser objeto de evaluación y ser registrado en el libro del residente adecuadamente visados por el tutor. En cuanto al aprendizaje o perfeccionamiento del idioma inglés, el residente de Aparato Digestivo debe procurar en todo momento la mejora en el conocimiento y la práctica del idioma. Debería alcanzar un alto nivel de lectura y, al menos, un nivel medio en conversación. Para este fin, además de cursos específicos, debe estimularse la rotación por hospitales extranjeros durante los dos últimos años de la residencia.


Durante todo el periodo de residencia y para la consecución de este primer objetivo, no sólo se evaluarán y considerarán cuestiones técnicas o de conocimiento, sino también actitudes y aptitudes:

a) Genéricas:

- Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo.
- Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás.
- Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

b) Profesionales y científicas:

- Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico.
- Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina.
- Percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad.
- Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

- Conciencia de la repercusión económica de las decisiones.
- Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la especialidad en particular.
- Colaboración con los poderes públicos, sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales.
- Asumir la práctica clínica basada en la evidencia científica.
- Conciencia de la importancia de una formación científica y clínica lo más sólida posible adquiriendo una mentalidad crítica, conociendo la metodología de la investigación, la importancia de la formación continuada.
- Participación personal en el desarrollo de las funciones asistencial, docente y científica de la especialidad.

Guardias: El residente participará en los turnos de guardia del servicio con nivel de responsabilidad creciente. Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. Se aconseja realizar entre 4 y 6 mensuales. Tanto en el libro del residente como en las evaluaciones periódicas se debe hacer constar el número de guardias.


3.3.2. SEGUNDO OBJETIVO

Iniciar la **formación complementaria** en alguna de las áreas de capacitación o de especial interés, según las circunstancias de cada residente y las del hospital. Cumplida la residencia, el grado de implicación de un especialista con alguna de estas áreas dependerá del progreso de cada especialista, las necesidades de la población y del contexto hospitalario en que se desenvuelva su actividad profesional.

Rotaciones: La formación en la especialidad se complementa con dos tipos de rotaciones: las que se realizan en otras especialidades bien en el mismo centro hospitalario o en otro hospital que deben estar supervisadas por los miembros de tales Servicios y finalmente evaluadas por el tutor de residentes de los mismos, y las que se realizan, dentro de la especialidad de Aparato Digestivo, en áreas de capacitación o de interés singular, que también pueden llevarse a cabo en el mismo servicio y serán supervisadas y evaluadas por el responsable de cada sección específica. Cada una de las rotaciones, duración y lugar de realización queda especificada en la Guía Itinerario Docente de la Unidad Docente.

3.3.3. TERCER OBJETIVO

Formación adecuada del residente en investigación con el fin de que adquiera una mentalidad crítica y abierta frente a la avalancha informativa respecto a los avances y nuevas tecnologías, que se presenten a lo largo de su vida profesional. La investigación también permite que el residente tome conciencia de que, desde su puesto de trabajo, sea el que fuere, puede

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:


contribuir al progreso de la ciencia médica. El médico residente debe tomar conciencia, durante el período de residencia, de la necesidad de integrar la docencia y la investigación como partes indispensables en la labor médica. Para ello es indispensable que participe activamente en las actividades de formación continua y de investigación. El residente tiene que incorporarse gradualmente a los equipos de trabajo, con un nivel de responsabilidad cada vez más alto, y en ningún caso su formación en esta área debe limitarse a aspectos meramente teóricos y/o informáticos.

Con mayor detalle, tiene que:

- Participar activamente en el desarrollo de las sesiones clínicas de la Unidad.
- Tomar parte activa en las revisiones bibliográficas periódicas.
- Participar activamente en las reuniones de investigación de la Unidad.
- Desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para llevar a cabo trabajos de investigación.
- Desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para la comunicación de los resultados de los trabajos de investigación.
- Incorporarse a las líneas de investigación activas de la Unidad.
- Asistir a reuniones científicas locales y/o nacionales y contribuir con presentaciones

Las actividades científicas incluyen la preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones del servicio. Los conocimientos adquiridos en el curso de metodología de la investigación, el ejemplo de la unidad docente, la supervisión del tutor y el estímulo del jefe de la unidad harán que el especialista en formación participe activamente en la realización de, al menos, una comunicación oral y un trabajo escrito por año de formación. Al final del periodo formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos 2 de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos. Estas actividades deberán constar en el libro del residente.

Las sesiones clínicas de la Unidad constituyen una auditoría clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica. El especialista en formación debe participar activamente en las mismas. En el libro del residente deben constar las sesiones impartidas o dirigidas por el Residente.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

3.4. CARPETA DEL RESIDENTE:


Se elaborará una carpeta del residente en soporte informático que recogerá el tutor de residentes donde se incluirá:

- El libro del residente.
- Informe trimestral de autorreflexión del residente comentando sus rotaciones, lo aprendido, los problemas surgidos y lo mejorable tanto en el Servicio como por su parte según su valoración. Esto será supervisado por el tutor que tras la lectura del informe de autorreflexión del residente se entrevistará con el.
- Memoria anual realizada por el residente.
- Informe anual del tutor.
- Posibilidad de realizar informes críticos por parte del residente, comentando algún problema surgido y sus sugerencias para resolverlos. Estos informes serán revisados por el tutor de residentes.
- En esta carpeta se incluirán todas las actividades que realice el residente: artículos, capítulos de libros, sesiones, asistencia a congresos y cursos, participación en congresos, proyectos de investigación (tesis, DEA...), etc. y de esa forma, además de corroborar el cumplimiento del itinerario docente de la residencia se irá elaborando la base del Curriculum Vitae del futuro especialista.

3.5. LIBRO DEL RESIDENTE:

El Libro del Residente de Aparato Digestivo incluirá los siguientes aspectos, además de las rotaciones específicas (periodo y lugar de realización)

- a. **Cursos comunes:** Realización y evaluación de los cursos o seminarios en Metodología de la Investigación, Bioética y Gestión Clínica. Mínimo 40 horas. Deben recogerse por año de residencia.
- b. **Cursos específicos:** Realización y evaluación de los cursos o seminarios específicos de Aparato Digestivo. Mínimo 260 horas.

	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE UDD APARATO DIGESTIVO	Edición 1
		Aprobado por Comisión de Docencia
		Fecha Aprobación:

c. **Exploraciones:** deben constar las endoscopias programadas y urgentes, realizadas como primer endoscopista o como ayudante, incluyendo las efectuadas en las rotaciones por otras especialidades, con expresión de los grados de complejidad y el nivel de responsabilidad. Constarán también las exploraciones ecográficas y las exploraciones funcionales realizadas, clasificadas por años, grado de complejidad y nivel de responsabilidad.

d. **Guardias:** Se indicará en número de guardias realizadas con expresión del nivel de responsabilidad según los años de residencia.

e. **Actividad investigadora y científica:** Recogerá las comunicaciones, ponencias y publicaciones escritas/ realizadas por el residente, y en las que ha participado. Participación en sesiones, estancias formativas en otros centros. Participación en proyectos de investigación. Colaboración en la docencia a alumnos de tercer ciclo universitario (certificado por el profesor asociado responsable). Becas y premios obtenidos. Participación en comisiones hospitalarias.

3.6. EVALUACIÓN:

La evaluación de la formación del Residente de Aparato Digestivo se realizará de forma **continua** por todos los agentes implicados en su formación.

Se realizarán además evaluaciones periódicas que consistirán en **evaluaciones anuales** tal y como lo especifica la Guía Itinerario de formación del residente, aprobada en comisión de docencia y una **evaluación final, realizando un informe final de formación.**

Además, se deben recoger la fecha de **finalización del programa** de la formación como residente y las **calificaciones** tal como se prevé en la Guía itinerario formativo. Los responsables de las calificaciones serán los tutores, el Jefe de Sección y los especialistas implicados en cada área a evaluar.

Dra. Aurora de Pedro Esteban

Dra. Irene Salinas Gabiña

Tutora Residentes Aparato Digestivo

Presidenta de Comisión de Docencia

Dr. B. López Viedma

Jefe de Sección Aparato Digestivo

