

**PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS
RESIDENTES DE GERIATRÍA**

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE
GERIATRÍA**



Dr. Francisco Coca Díaz

Tutor provisional de Geriatría

Marzo de 2021

Índice

1. Introducción
2. Normativa para la supervisión de los residentes en formación en el Hospital Universitario del Henares
3. Niveles de Supervisión
4. Protocolo de Supervisión MIR en las diferentes áreas asistenciales del Servicio de Geriatría
5. Supervisión de los MIR en Formación en las guardias

1. INTRODUCCIÓN

La titulación de Especialista sólo se puede obtener después de haber adquirido una serie de conocimientos y habilidades de forma progresiva y tutelada.

La participación de los residentes en la asistencia de los pacientes se deriva de los dos aspectos, docente y laboral, que definen su vinculación con el centro sanitario.

Durante todo su periodo de formación, el residente efectuará las tareas asistenciales previstas por el Plan individual de formación elaborado por su tutor. La faceta asistencial es uno de los medios para desarrollar el programa docente de la especialidad y, por tanto, imprescindible para una formación adecuada.

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario del Henares, siguiendo lo establecido por el RD 183/2008, del 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud, donde se especifica en el art. 1 que el sistema formativo de los residentes obliga a: *“recibir una formación y prestar un trabajo que permita al especialista en formación adquirir en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva según avance su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad”* así como lo establecido en el capítulo V *“Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente”* donde se especifica en el art. 15.5 *“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”* y, de acuerdo a los contenidos de la Guía del residente de Formación Sanitaria Especializada (Orden SSI/1461/2016, del 6 de septiembre) publicado en mayo de 2017, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se han elaborado los siguientes documentos **y ratificados por la Comisión de Docencia:**

A. Protocolo de Supervisión de Residente, donde se desarrollan las directrices para la supervisión y responsabilidad de los residentes en Formación en nuestro Hospital. Este protocolo incluye a su vez los Protocolos Supervisión en las áreas específicas de las distintas Unidades Docentes acreditadas, así como las guardias de planta y de Urgencias. Este documento se actualizará cada dos años y, siempre que resulte necesario incluir cualquier novedad para conseguir el grado de supervisión eficiente sobre los residentes en Formación, así como las responsabilidades que deben asumir en la progresión de sus cursos de Formación (R1, R2, R3 y R4).

Los Tutores son los responsables de difundir esta información para los residentes, de hacer el seguimiento del grado de supervisión en las entrevistas trimestrales formalizadas y de recibir todas sus sugerencias, quejas o reclamaciones en su ámbito de Formación.

Tal y como establece el [Plan de Gestión de la Calidad Docente](#) del centro, en relación a la

supervisión de Residentes, quedan perfectamente delimitadas las funciones de:

La Unidad Docente Multiprofesional de Geriátrica, como encargada de “implantar las acciones de mejora que se acuerden, vistos los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los residentes anualmente, en relación con el funcionamiento, adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad para la correcta impartición del programa formativo”.

La Comisión de Docencia, como órgano encargado de elaborar los protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de Urgencias.

El Jefe de Estudios de Formación Especializada, como encargado de:

- *“Informar a la Dirección de las reclamaciones y sugerencias de los residentes, de informar a los pacientes y sus allegados y de la Administración”.*
- *“Realizar anualmente encuestas de satisfacción a los residentes, analizar sus resultados y elaborar, junto con los tutores, Unidades Docentes y Unidad de Calidad, las acciones de mejora que procedan”*
- *“Tramitar las quejas que se reciban respecto a la docencia”*
- *“Participar en la elaboración de las mejoras y en su seguimiento, a la vista de las auditorias docentes, internas o externas, que se realicen al centro”*

Anualmente los residentes realizan la encuesta de MSSSI *“Encuesta para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud. Evaluación de la Formación Sanitaria Especializada”*, donde concretamente en el apartado de Rotaciones: desarrollo y supervisión del residente en cualquier dispositivo perteneciente a la unidad, las preguntas 17, 18 y 19, evalúan su grado de satisfacción con la supervisión.

2. NORMATIVA PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES EN FORMACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de unidades docentes se llevara a cabo conforme a lo previsto en el [Real Decreto 183/2008](#), de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de la formación sanitaria especializad, la [Ley 44/2003](#), de 21 de noviembre y en [RD 183/2006](#), de 6 octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

De acuerdo con lo establecido en el art. 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.

De lo anterior deriva un deber general de supervisión inherente a los profesionales por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes, siendo obligación de dichos profesionales el hecho de informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

El presente documento se realiza de acuerdo a los contenidos de la Guía del residente de Formación Sanitaria Especializada (orden SSI/1461/2016 del 6 de septiembre) publicado en mayo del 2017 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3. NIVELES DE SUPERVISIÓN

La supervisión del residente se regirá por lo determinado en el RD 183/2008 para lo cual **la Comisión de Docencia establece las siguientes directrices:**

- Los responsables de los equipos asistenciales de las diferentes unidades docentes, programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades, para así facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y su integración supervisada en las actividades asistenciales docentes e investigadoras, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.
- Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten sus servicios en los distintos dispositivos de la unidad, sin perjuicio de plantear cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
- Siempre habrá, mínimo un adjunto asignado a cada actividad de los residentes para la supervisión y consulta, independiente del grado de supervisión.
- 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. Siendo los tutores los encargados de recoger dicha documentación.
- El residente tiene derecho a conocer los profesionales de cada unidad donde presta servicio y debe poder recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.
- La supervisión de residentes de PRIMER AÑO será SIEMPRE de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos docentes y en aquellos en los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de Atención Continuada.
- Para ser eficaz y ofrecer la suficiente seguridad, tanto a los pacientes como a los residentes, la supervisión –especialmente, pero no sólo, la de los R1- debe ser activa, es decir, debe estar incluida en los procedimientos de trabajo y no ser exclusivamente dependiente de que el propio residente la demande.
- A partir del segundo año se realizará una supervisión decreciente, con carácter progresivo. El tutor del residente podrá impartir instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a cargo de los diferentes especialistas, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.
- El año de residencia no constituye por sí mismo el único elemento que determina, de forma automática, el grado de autonomía y de necesidad de supervisión del residente. La especialidad de origen, la formación previa del residente (si la tuviera), procedimientos de evaluación formativa u otras condiciones pueden matizarlo o modificar los niveles de supervisión y responsabilidad y es tarea del tutor hacerlo explícito.

- El residente asumirá progresivamente, en función de su adquisición de conocimientos y habilidades, un papel más activo en la toma de decisiones asistenciales, que se realizará siempre de forma conjunta con los especialistas. A medida que se avanza en el periodo formativo, el residente irá asumiendo de forma progresiva un mayor nivel de responsabilidad.
- Según se avance en la especialidad, el grado de supervisión será decreciente para, en relación inversa, aumentar el nivel de responsabilidad del residente. El objetivo final es que su grado de autonomía y responsabilidad en el trabajo asistencial se aproxime al 100% en los últimos meses de formación. Los **niveles de supervisión** del programa referidos a la formación específica tienen las siguientes características:
 - ❖ **Nivel 1 o nivel de supervisión a demanda, responsabilidad y autonomía máximas:** Es aquel que permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una tutorización inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa al adjunto supervisor asignado. Son actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una tutela directa. El residente ejecuta y posteriormente informa. Se corresponde a un nivel de supervisión mínima con responsabilidad y autonomía máximas.
 - ❖ **Nivel 2 o supervisión directa, responsabilidad media:** En este nivel las actividades realizadas directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión directa del staff. El residente tiene un conocimiento extenso, pero no alcanza la suficiente experiencia como para hacer una técnica o un tratamiento completo de forma independiente. Se corresponde a un nivel con supervisión intermedia (decreciente), responsabilidad media (creciente).
 - ❖ **Nivel 3 o nivel de supervisión máxima o de presencia física, responsabilidad y autonomía mínimas:** Las actividades son realizadas por el personal sanitario del centro siendo observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente. En este nivel la supervisión es máxima, y la responsabilidad y autonomía mínimas.
- El registro en la historia clínica debe de realizarse con identificación del médico responsable. La ordenación de los documentos médicos en la historia clínica es responsabilidad del médico y debe seguir las normas del reglamento de uso de las historias clínicas, que se encuentran en la intranet del centro.
- Las decisiones relativas al alta hospitalaria y la elaboración de los informes relativos al alta hospitalaria de pacientes hospitalizados, se realizará siempre bajo la supervisión del especialista correspondiente.
- La supervisión del residente en el área de urgencias se ajustará al protocolo elaborado a tal fin en la actividad de guardia, los residentes serán supervisados por los adjuntos asignados en ese momento a la misma, en el grado que especificado para cada residente, especialidad y año. Estos adjuntos informarán a los tutores sobre las incidencias y evaluaciones pertinentes.
- Todos los residentes tienen la obligación de comunicar a sus tutores del jefe de estudios el incumplimiento de las normas aquí descritas.
- El Jefe de Estudios deberá comprobar el cumplimiento de las normas, indicando la unidad la necesaria inmediata corrección. Si ésta no se produjera o se reiteraron los

incumplimientos podrá, dentro de sus atribuciones, solicitar una auditoría docente de la unidad.

4. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN MIR EN LAS DIFERENTES ÁREAS ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

A. Supervisión por año de residencia:

Supervisión de residentes de primer año:

Es imprescindible resaltar en este punto por cuanto la normativa vigente indica que:

- La supervisión de residentes de primer año será de **presencia física durante todo el periodo de actividad asistencial**.
- Se llevará a cabo por especialistas, es decir miembros de plantilla, que presten servicio en los distintos dispositivos por los que los residentes estén 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.

Supervisión de residentes de segundo año:

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

Los residentes de segundo año precisan una supervisión de presencia física de un especialista en las tareas que incluyen competencias propias de la 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; en guardias generales, por tanto, no precisan supervisión de presencia física de un especialista.

Supervisión de residentes de tercer año

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

Supervisión de residentes de cuarto año

Los residentes de cuarto año actúan con un nivel de autonomía máximo (nivel 1) salvo para aquellas tareas que precisan cierto grado de super-especialización que deben ser llevadas a cabo bajo la supervisión directa de especialistas capacitados.

Los residentes de último año, en los últimos seis meses de residencia, deben tener las competencias que se esperan de un especialista recién graduado. Estas

competencias no incluyen aquellas actuaciones para las que se precisaría una capacitación específica.

B. Supervisión por ámbito asistencial:

A continuación se expone el proceso de supervisión que progresivamente irá recibiendo el residente a lo largo de su rotación en los diferentes Niveles Asistenciales.

Como norma general se recuerda que la supervisión de residentes de **PRIMER AÑO** será **SIEMPRE de presencia física** y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos docentes y en aquellos en los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de Atención Continuada.

4.1 UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

En la UGA, en relación con el nivel de supervisión por parte del Adjunto, cabe realizarla siguiente diferenciación:

- R1, recién iniciados su residencia
- R2,
- R3 y R4.

En este nivel asistencial el programa de supervisión, será diferente según el año de residencia y seguirá las indicaciones a continuación detalladas.

- **R1:** durante los aproximadamente 3 meses que se encuentran por primera vez en su residencia en el servicio, la supervisión será máxima (**nivel de supervisión 3**):
 - Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento y de objetivos de este nivel asistencial por parte del Adjunto responsable.
 - El residente realizará en un principio la historia clínica con sus especificaciones geriátricas bajo la supervisión directa y siguiendo las indicaciones del Adjunto hasta que alcance los conocimientos y habilidades suficientes. Esta misma dinámica será para realizar ante un paciente ingresado una historia clínica geriátrica, elaborando un listado de problemas y un plan de actuación con las diferentes exploraciones complementarias, el manejo farmacológico y el no farmacológico.
 - Se encargará del registro de las constantes, incidencias y pruebas complementarias realizadas al paciente.
 - Realizará el pase de visita con el Adjunto con especial énfasis en ir adquiriendo conocimientos y habilidades en el evolutivo diario de cada paciente.
 - Ante cualquier nuevo ingreso, el residente realizará la historia clínica. Con todos los datos expondrá al Adjunto de forma provisional, un listado de problemas con un plan de actuación (exploraciones complementarias, tratamiento). En este punto el Adjunto supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole los datos al respecto (valoración geriátrica, anamnesis y exploración geriátrica) a la vez que la toma de decisiones de acuerdo a dichos datos.
 - No realizará informes de alta, pero sí que participará en el proceso de la

elaboración del mismo para ir adquiriendo las correspondientes habilidades al respecto.

- No firmará tratamientos, aunque participará en el proceso de toma de decisiones terapéuticas.
 - El residente participará en la sesión semanal multidisciplinaria junto con el Adjunto, el equipo de Enfermería y la trabajadora social.
 - De igual forma irá participando, pero **siempre** en un **nivel de supervisión 3**, en las diferentes cuestiones éticas que surjan, pero con especial énfasis en ir adquiriendo conocimientos y habilidades de comunicación y transmisión de información al paciente y su familia.
- **R2:** incorporación a la UGA tras su rotación tras las diferentes especialidades fuera del servicio, la supervisión irá siendo gradual comenzado con una supervisión semejante a la expuesta en el apartado referido a R1 con una supervisión progresiva y adecuada a su nivel de conocimientos y habilidades (**nivel de supervisión 2-3**).
 - **R3 y R4:** el nivel de supervisión seguirá siendo de acorde a sus conocimientos y habilidades alcanzados. En todo momento participaran junto con el Adjunto en el aprendizaje necesario de los R1 y R2. Su dinámica de trabajo será la siguiente:
 - La dinámica de trabajo será la misma que la expuesta anteriormente con las siguientes diferencias:
 - El residente tras revisar las incidencias clínicas y pasar visita planificará las modificaciones farmacológicas necesarias en el tratamiento, que deberán ser supervisadas y aprobadas por el Adjunto (**niveles de supervisión 1 y 2**)
 - El residente participará activamente en la realización del informe del alta, partes judiciales, partes de defunción y otros documentos médico legales, supervisados y firmados (salvo en el caso de los partes de defunción) por un médico Adjunto (**nivel de supervisión 2**).
 - En aquellos casos que necesite de la intervención de trabajo social, o de entrar en contacto con otro servicio central (radiología, análisis clínicos, farmacia) o médico-quirúrgico, el residente podrá ser, según el caso y bajo indicación y supervisión del Adjunto, quien transmita todo el caso. Cuando tengan establecido un plan conjunto con el residente, éste se reunirá con el Adjunto para supervisar su actuación y así perfilar el plan de cuidados definitivo derivado de dichas intervenciones. (**nivel de supervisión 2**)
 - Las diferentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel serán resueltas por el Adjunto supervisando al residente (**niveles de supervisión 2**):
 - ✓ Transmisión de diagnósticos, gravedad y pronóstico (terminalidad, limitación de esfuerzo terapéutico).
 - ✓ Realización de pruebas diagnósticas invasivas con ingreso o no en otras unidades hospitalarias, incluidas las quirúrgicas.
 - ✓ Cualquier otro problema tanto asistencial como psicosocial.
 - Por último, especialmente el residente junto con el Adjunto seleccionarán los casos oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

4.2 UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Los residentes que rotan por esta unidad son en los 2 últimos meses de R2.

Esta rotación se realiza en el Hospital de Guadarrama, por lo que los residentes serán supervisados por los adjuntos del citado hospital:

- El residente, tras revisar las incidencias clínicas y pasar visita, planificará las modificaciones farmacológicas necesarias en el tratamiento, que deberán ser supervisadas y aprobadas por el Adjunto ([nivel de supervisión 2](#)).
- Ante cualquier nuevo ingreso, el residente realizará la historia clínica. Cuando la finalice seguirá el siguiente proceso:
 - Expondrá todo lo relativo al paciente al Adjunto de Geriatria y al equipo de Rehabilitación.
 - Elaborará de forma provisional, un listado de problemas con un plan de actuación (exploraciones complementarias, tratamiento). En este punto el Adjunto supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole los datos al respecto (valoración geriátrica, anamnesis y exploración geriátrica) a la vez que la toma de decisiones de acuerdo a dichos datos ([nivel de supervisión 2](#)).
 - Informará a la familia de la dinámica de la planta, horarios y objetivos para el paciente de la estancia en la Unidad ([nivel de supervisión 2](#)), adquiriendo conocimientos y habilidades de comunicación y transmisión de información sobre pronóstico, plan de actuación y continuidad de cuidados al alta a las familias.
 - No realizará informes de alta el primer mes, pero sí que participará en el proceso del mismo para ir adquiriendo las correspondientes habilidades al respecto. Los realizará a partir del segundo mes con corrección posterior por parte del Adjunto ([nivel de supervisión 2](#)).

El residente deberá participar en las sesiones multidisciplinarias de la Unidad.

Relación con Trabajo Social y otros Servicios del Centro

En aquellos casos que necesite de la intervención de trabajo social, o de entrar en contacto con otro servicio central (Radiodiagnóstico, Análisis Clínicos, Farmacia) o médico-quirúrgico, el residente podrá ser, según el caso y bajo indicación y supervisión del Adjunto, quien transmita todo el caso. Cuando tengan establecido un plan conjunto con el residente, éste se reunirá con el adjunto para supervisar su actuación y así perfilar el plan de cuidados definitivo derivado de dichas intervenciones ([nivel de supervisión 2](#)).

Por último, especialmente el residente junto con el adjunto, seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas) y para las sesiones Generales si procede.

4.3 PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN ÁREA DE CONSULTAS

Los residentes que rotan por esta unidad son R3. Al comienzo de su rotación le será explicado funcionamiento de la Unidad. En este nivel asistencial el programa de supervisión seguirá las indicaciones a continuación detalladas:

- Realizará en todos ellos una historia clínica característica de nuestro Servicio de Geriatria (anamnesis, exploración clínica, valoración geriátrica).

- Una vez terminada la historia clínica el residente expondrá al Adjunto un listado de problemas provisional con un plan de actuación (exploraciones complementarias, tratamiento y seguimiento con ubicación del paciente). En este punto, el Adjunto supervisará todo el proceso de historia clínica realizada, corrigiéndole los datos al respecto (valoración geriátrica, anamnesis y exploración geriátrica) a la vez que la toma de decisiones de acuerdo a dichos datos. (nivel de supervisión 2).
 - En aquellos casos que necesite de la intervención de trabajo social, el residente será quien transmita todo el caso, una vez supervisado por el Adjunto como se ha expuesto previamente, a la trabajadora social. Cuando tengan establecido un plan conjunto entre la trabajadora social y el residente, se reunirán con el Adjunto para ya perfilar el plan de actuación social definitivo para el paciente y familia en cuestión. (nivel de supervisión 2).
 - Igual procedimiento se seguirá cuando se necesita de forma urgente entrar en contacto con otro servicio central (radiología, análisis clínico, farmacia), médico (neurología, cardiología, etc.), o quirúrgico del hospital (traumatología, cirugía general, etc.). (nivel de supervisión 2).
 - Si tras la supervisión por el Adjunto, el paciente necesitará de realizar en consultas una exploración diagnóstica (paracentesis, toracocentesis, o punción lumbar) será realizada en el hospital de día y organizada por el residente junto con la Enfermería del Hospital de Día. Cuando esté todo preparado (material más peticiones) se avisará al Adjunto quien decidirá si la exploración la realiza directamente el Adjunto. (nivel de supervisión 2).
 - El residente participará activamente en la realización del informe del alta. (nivel de supervisión 2).
 - Las diferentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel siempre serán resueltas por el Adjunto, supervisando del modo expuesto anteriormente al residente (niveles de supervisión 2 y 3):
 - Transmisión de diagnósticos (Demencia, cáncer u otros procesos incapacitantes).
 - Ingreso en centro residencial, incapacitaciones.
 - Realización de pruebas diagnósticas invasivas con ingreso o no en otras unidades hospitalarias, incluidas las quirúrgicas.
 - Cualquier otro problema tanto asistencial como psicosocial.
- Por último, especialmente el residente junto con el Adjunto seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

4.4 PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN HOSPITAL GERIÁTRICO DE DÍA

Los residentes que rotan por esta unidad son R3.

Esta rotación se realiza en el Servicio de Geriátrica del Hospital de Getafe, por lo que los residentes serán supervisados por los adjuntos del citado hospital:

- La valoración de pacientes nuevos y las consultas sucesivas de los pacientes incluidos en forma de hospital de día seguirán los mismos criterios de supervisión descritos para el Área De Consultas Externas
- El residente participará activamente en todas las reuniones multidisciplinarias semanales que se realizan en el Hospital de Día, con los objetivos de planificación conjunta de cuidados y de alta. Para dicha reunión, el residente actualizará

previamente la base de datos, obteniendo el informe resumen que sirve de base para la reunión, repartiéndolo a todos los miembros del equipo. Al finalizar la reunión multidisciplinaria el residente realizará la actualización de los datos correspondientes de los diferentes pacientes en la base de datos, con especial énfasis en la realización de pruebas complementarias, y en la programación de altas y cita previa con la familia y el paciente ([nivel de supervisión 2](#)).

- El residente realizará el informe del alta del mismo modo que se ha expuesto en consultas. Igualmente en la cita previa al alta con la familia, el residente participará con el Adjunto en la comunicación al paciente y familia del plan de cuidados y de seguimiento. Además el día del alta del H. de día será cuando se le entregue al paciente el informe firmado por el residente y el Adjunto junto con el plan de cuidados futuro ([nivel de supervisión 2](#)).
- De igual modo, el residente participará junto con el resto del equipo en la selección de pacientes candidatos al Hospital de Día, a petición de la UGA o de cualquier otro servicio del Hospital de Getafe, donde se realiza la rotación ([nivel de supervisión 2](#)).
- Las diferentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel siempre serán resueltas por el Adjunto supervisando, como se ha expuesto ya previamente en el nivel de consultas al residente ([niveles de supervisión 2 y 3](#)).
- Por último, especialmente el residente junto con el Adjunto seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

4.5 PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS COMUNITARIOS DOMICILIARIOS

Los residentes que rotan por esta unidad son en los últimos meses de [R3](#).

Esta rotación se realiza en el Servicio de Geriátría del Hospital de Getafe, por lo que los residentes serán supervisados por los adjuntos del citado hospital:

La demanda asistencial incluye la valoración geriátrica de pacientes con alta comorbilidad, polifarmacia y dependencia funcional, de control clínico ante reagudizaciones en pacientes con rica comorbilidad y de pacientes con enfermedad avanzada de órgano en fase terminal, incluidos oncológicos. La actividad desarrollada incluye:

- Valoración en domicilio de pacientes nuevos en el programa a petición del médico de atención primaria.
- Seguimiento de pacientes tras el alta hospitalaria de cualquier nivel asistencial de Servicio de Geriátría del Hospital de Getafe o bien de cualquier otro servicio de dicho hospital o de Cuidados Paliativos.
- Seguimiento de pacientes ya incluidos en el programa, con visitas sucesivas hasta control de los diferentes problemas detectados.
- Contacto telefónico para seguimiento de pacientes e interconsulta telefónica con equipos asistenciales de Atención Primaria.

[o Pacientes nuevos y revisiones](#)

El residente acudirá sólo al domicilio del paciente o bien con el Adjunto, o con el equipo de Enfermería, dependiendo de la tipología del paciente, del tiempo que lleve en la rotación, y sobre todo de los conocimientos y habilidades adquiridos, factores todos ellos que serán

valorados por el Adjunto. En el domicilio, se seguirá con respecto a la realización de la historia clínica la misma dinámica que la expuesta en consultas. Lo habitual es la visita conjunta, pero en algunas ocasiones es recomendable que acuda solo, pero siempre con la supervisión que se expone a continuación:

- Si el Adjunto está presente, éste supervisará en todo momento la actuación del residente, con la dinámica de actuación expuesta en consultas externas ([nivel de responsabilidad 2](#)).
- Si el Adjunto no está presente, a su regreso al centro supervisará la historia clínica realizada por el residente así como el listado de problemas y el plan de actuación transmitiéndoselo a la familia, con especial énfasis en la continuidad de cuidados y en la adherencia terapéutica ([nivel de supervisión 1](#)).

o Interconsulta telefónica

- Las llamadas las podrá atender el residente siempre y cuando se conozca al paciente y toda la información recibida y la toma de decisiones realizada será expuesta al Adjunto. Posteriormente todo el proceso deberá quedar reflejado en la historia clínica ([nivel de supervisión 2 y 1](#)).
- Las llamadas de los médicos de atención primaria, las podrá también siguiendo la dinámica anterior, el residente pero es recomendable supervisión directa por el Adjunto ([nivel de supervisión 2](#)).

El residente participará activamente en todas las reuniones multidisciplinarias semanales que se realizan con los Equipos de Atención Primaria y con el equipo asistencial de la Residencia en donde se expondrán los diferentes problemas y el plan de actuación a seguir conjunto con ellos ([nivel de supervisión 2](#)).

Las frecuentes cuestiones éticas suscitadas en este nivel, siempre serán resueltos por el Adjunto, supervisando como se ha expuesto ya previamente en el nivel de consultas al residente ([nivel de supervisión 2](#)).

Por último, especialmente el residente junto con el Adjunto seleccionarán los casos que consideren oportunos para las sesiones del servicio (clínicas, bibliográficas).

TABLA RESUMEN NIVELES DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE MIR EN LAS DIFERENTES ÁREAS ASISTENCIALES

Año de residencia	Unidad Geriátrica de Agudos	Hospital de Día y Consulta Externa	Unidad de Media Estancia/Recuperación Funcional	Unidad de Cuidados Continuados Domiciliarios Geriátricos
R1	3			
R2	3	2-3		
R3	2-3	2	2	2
R4	1-2			1-2

4.5 PROGRAMA DE SUPERVISIÓN EN LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y CIENTÍFICA

La actividad investigadora del residente la actividad investigadora del residente será tutelada y supervisada por su tutor, el jefe de estudios, el jefe de servicio y la comisión hospitalaria de investigación si procede.

- Los congresos de la especialidad, simposios y cursos deben de formar parte de la formación de un residente. La participación en ellos irá evolucionando desde asistencia como oyente a participación como ponente.
- Para ello, el residente debe saber que cuando presenta un trabajo científico en un congreso lo hace al amparo del servicio de Geriátría del Hospital Universitario del Henares y con el nombre del/los Adjuntos que supervisan su trabajo. Éstos son quienes aseguran la calidad de este trabajo.
- La asistencia al evento en el que se va a presentar el trabajo debe estar asegurada o pactada con quién vaya a presentar el trabajo. El incumplimiento de las normas establecidas a este respecto conlleva una sanción de dos años sin presentar trabajos y recae también sobre el Adjunto y el servicio de Geriátría del hospital.
- La asistencia a congresos no puede ser ilimitada. La ley marca un máximo de seis días libres disponibles para formación continuada y como trabajadores de esta empresa con un contrato laboral debéis de cumplir también esa normativa. Se intentará en la medida de lo posible, compaginar la actividad asistencial con el derecho de cada residente a recibir esa formación extrahospitalaria.

5. SUPERVISIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN EN LAS GUARDIAS

Los residentes realizan guardias de urgencias y de planta en el propio Hospital Universitario del Henares. Cualquier incidencia durante una guardia debe ser puesta en conocimiento del tutor. El nivel de supervisión será gradual y decreciente conforme avancen los años de formación, comenzando por un nivel de supervisión 3 o máximo de R1, hasta alcanzar en los últimos meses de su formación un nivel de supervisión 1 o mínimo, con un máximo de autonomía y responsabilidad.

Guardias Médicas de Planta:

El residente de Geriátría responde en primera llamada a la demanda establecida por el personal de Enfermería de las Plantas, ante cualquier urgencia médica ocurrida en la Planta y/o ante cualquier duda del Equipo de Enfermería, en relación al tratamiento de los pacientes. Realiza la primera valoración clínica de la situación que ha motivado la llamada y/o resuelve las dudas planteadas por el equipo de Enfermería.

Una vez realizada la primera valoración, plantea la actuación clínica a seguir (incluyendo la solicitud de pruebas complementarias, la prescripción de medicación necesaria y la información a familiares) comunicándosela al Médico adjunto para su supervisión.

El residente deberá ser progresivamente capaz de asumir bajo la supervisión a demanda de su médico adjunto el control general de las incidencias de la guardia.

Los residentes de **segundo año** asumirán un **nivel de supervisión 2**.

Los residentes de **tercer año** en función de la gravedad de la incidencia y de sus capacidades irán progresivamente asumiendo en la guardia un nivel de **supervisión 2** pudiendo pasar a nivel de responsabilidad 1 cuando la incidencia planteada en la guardia no revista gravedad y pueda ser comentada con el médico adjunto a lo largo de la guardia.

Los residentes de **cuarto año** actuarán con un nivel de **supervisión 2 ó 1** en función de la gravedad del proceso que y de sus capacidades.

Todos los residentes deberán recurrir a los adjuntos de guardia disponibles (1-2 adjuntos) en los casos que revistan complejidad gravedad y en los casos en los que exista cualquier conflicto con el personal sanitario

Todas las situaciones clínicas graves (aunque el Residente considere que puede resolverlas él solo, sin ayuda) y todas las actuaciones clínicas que requieran la participación de otro Especialista (Cirujano o Anestesiista o Especialista Localizado) deberán comentarse a alguno de los dos Adjuntos de Guardia.

Guardias médicas realizadas en el Servicio de Urgencias

Los residentes de Geriátría, cuando realicen guardias en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Henares, serán supervisados por el personal de plantilla del Servicio de Urgencias del Hospital de acuerdo a los protocolos del Servicio de Urgencias, siempre con supervisión presencial de R1, y paulatinamente decreciente e individualizada según procesos de R2 a R4, con al objetivo de alcanzar la máxima autonomía posible al finalizar el período formativo.