

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DOCENTE DE RESIDENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA



HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE



INDICE

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO Y MARCO NORMATIVO:

Este documento trata de recoger las normas generales y específicas de supervisión de los residentes de pediatría del Hospital Universitario 12 de octubre, poniendo énfasis en la supervisión en las guardias.

En la publicación del REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, y en el punto 5 indica: “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.” En este Real Decreto se refleja, en relación con la supervisión (capítulo V, artículo 14): “Existe un 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”. En El artículo 15 habla sobre la responsabilidad progresiva del residente: “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”.

Por otro lado, tenemos la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, en la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. Los pacientes tienen derecho a saber qué residentes en formación intervienen en su proceso asistencial, por lo que la dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que siempre llevarán visible. Cuando por motivos de urgencia vital se precise la intervención de un residente sin que en ese momento pueda ser supervisado (de forma presencial o no, dependiendo del año de residencia y circunstancias de cada caso), estará obligado a dejar constancia de su intervención en la historia clínica, dando cuenta de su actuación tanto a sus tutores como a los especialistas de la unidad asistencial en la que se ha producido la urgencia. Los residentes están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma. El deber de confidencialidad afecta no solo a «datos íntimos», sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento. El deber de



secreto se entiende sin perjuicio de los supuestos legales en los que su mantenimiento implique riesgo para la vida del afectado o de terceros o perjuicio para la Salud Pública, en cuyo caso se pondrá en conocimiento de los responsables asistenciales del correspondiente servicio/unidad asistencial para que se actúe en consecuencia.

2. NORMAS GENERALES DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA.

1. Siempre habrá, mínimo, un adjunto asignado a cada actividad de los residentes para la supervisión y consulta, independiente del grado de supervisión. Generalmente, estos adjuntos serán los que estén asignados a la sección, unidad o área en la que el residente desarrolla la actividad asistencial.

2. El deber general de supervisión es 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.

3. El residente, por su parte, deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes secciones por donde estén rotando sin perjuicio de plantear a dichos profesionales y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

4. La supervisión de residentes de primer año será, en todo caso, de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidades 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. En ningún caso el residente de primer año realizará ninguna actividad asistencial sin supervisión directa de presencia física de los adjuntos.

5. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo.

6. Se distinguen 3 niveles de supervisión/responsabilidad:

- **Responsabilidad máxima/ supervisión a demanda, nivel 1:** las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

- **Responsabilidad media/ supervisión directa, nivel 2:** el residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada

actividad asistencial de forma independiente. Las actividades se realizan bajo la supervisión directa del adjunto.

- **Responsabilidad mínima, nivel 3:** el residente sólo tiene 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.

7. En la actividad de guardia, los residentes estarán supervisados por los adjuntos asignados en ese momento a la misma en el grado que posteriormente se especifica para cada año de residencia. Estos adjuntos informarán a los tutores sobre las incidencias y evaluaciones pertinentes.

8. En todos los casos en que el residente dé altas hospitalarias de enfermos ingresados, el informe de alta deberá estar firmado por ellos, especificando su categoría de residente, y por un adjunto supervisor.

9. Todos los residentes tienen la obligación de comunicar a sus tutores el incumplimiento de las normas aquí descritas.

10. El Médico Residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, siendo su derecho recibir docencia y supervisión; pero su deber será prestar una labor asistencial.

3. OBJETIVOS DOCENTES EN CADA AÑO DE RESIDENCIA

Para comprender los niveles de supervisión en cada año, debemos conocer los objetivos de las rotaciones que realizan los residentes de nuestra unidad.

Residente de primer año

Todas las actividades que realice el residente de primer año serán actividades de nivel 3 de responsabilidad (responsabilidad mínima), dado que tiene que estar supervisado en todo momento por el facultativo responsable. Una vez que vaya adquiriendo conocimientos teóricos y prácticos, y cogiendo experiencia con la observación de las distintas técnicas, podrá realizar actividades de nivel 2 de responsabilidad.

- Aprender a hacer una historia clínica y una exploración física adecuadas, que le permitan llevar a cabo una aproximación general al diagnóstico y tratamiento del paciente, con una redacción adecuada de los informes.
- Aprender a relacionarse con los padres y familias de los pacientes, transmitiendo empatía y la información de una manera correcta.
- Conocer los protocolos diagnósticos y terapéuticos del Servicio de Pediatría.

- Aprender técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada para todas las edades.
- Realizar técnicas: punción lumbar, reducción de pronación dolorosa, suturas, colocación de férulas e iniciarse en los procedimientos de sedo-analgésia.
- Asumir de manera progresiva su responsabilidad sobre el paciente, siendo consciente de la supervisión necesaria por parte del adjunto.
- Realizar dos sesiones de revisión de un tema a través de casos clínicos para su presentación en las sesiones generales de pediatría. Además, realizarán sesiones en las distintas rotaciones, según la organización de cada rotación.
- Se iniciará en la presentación de trabajos (posters, comunicaciones) en congresos o jornadas.

Residente de segundo año

Tienen en todo momento un facultativo asignado y localizado, al que pueden recurrir y consultar todo lo que consideren necesario. El grado de "autonomía" del médico en formación de segundo año será progresivo, de forma que al final de este año tendrá capacidad para decidir sobre el destino del paciente y sobre la necesidad de valoración del enfermo por otro especialista, así como consensuar decisiones con el facultativo responsable en cuanto a su tratamiento.

De esta forma el R2 tendrá como funciones, entre otras que se puedan asignar:

- Realizar una correcta y completa historia clínica y exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo.
- Emitir un juicio clínico de presunción y establecer un diagnóstico diferencial sindrómico del proceso, que trasladará y discutirá con el facultativo responsable. Establecer un diagnóstico final y poder ser capaz (en la mayoría de los pacientes) de decidir el destino y tratamiento final del paciente.
- Obtener la capacidad para solicitar las exploraciones complementarias habituales: radiografía de tórax y abdomen, ECG, analítica básica. De forma progresiva asumirá la interpretación de dichas pruebas para poder hacer una valoración global del paciente y así definir más completamente el diagnóstico, tratamiento y destino del paciente.
- Adquirir de forma progresiva la capacidad para solicitar otras pruebas más específicas: ecografía, TAC, pruebas a microbiología, determinaciones especiales del laboratorio de urgencias, solicitud de interconsulta a especialistas de otras especialidades y servicios. Al finalizar el 2º año de residencia deberá demostrar ser capaz de realizar estas actividades sin necesidad de consultar, valorando los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.

- Debe profundizar sus conocimientos en el área neonatal y en el niño críticamente enfermo en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal (UCIP y UCIN). Esencial dominar la reanimación con presión positiva y masaje cardiaco.
- Será responsable de informar al enfermo y a los familiares a lo largo del proceso asistencial.
- Realizar dos sesiones de caso-problema para su presentación en las sesiones generales de pediatría. Además, realizarán sesiones en las distintas rotaciones, según la organización de cada rotación.
- Continuarán con la presentación de trabajos (posters, comunicaciones) en congresos o jornadas. Se iniciarán en la publicación de trabajos en revistas de la especialidad.

Residente de tercer y cuarto año

Todas las funciones señaladas para los residentes de segundo año lo serán también para los R3 y R4, con un nivel de responsabilidad mayor, menor supervisión y además, deben ir progresivamente adquiriendo un “status de residente mayor”, responsabilizándose también de la formación de los residentes de primer y segundo año. Los residentes de cuarto año podrán actuar de forma prácticamente autónoma, resolviendo situaciones e informando después al facultativo responsable.

- Realizar dos sesiones para su presentación en las sesiones generales de pediatría (los residentes de tercer año deberán presentar al menos una sesión de investigación-lectura crítica de artículos; y los residentes de cuarto año deberán presentar una sesión de caso cerrado). Además, realizarán sesiones en las distintas rotaciones, según la organización de cada rotación.
- Continuarán con la presentación de trabajos (posters, comunicaciones) en congresos o jornadas y con la publicación de trabajos en revistas de la especialidad.

4. PROGRAMA DE ROTACIONES Y GUARDIAS DE PEDIATRÍA

Primer año

Planta de hospitalización de lactantes y pediatría general: 3 meses

Urgencias pediátricas: 3 meses

Atención primaria: 2 meses

Neumología y alergia pediátricas: 2 meses

Infectología pediátrica: 2 meses

Segundo año

Neonatología: 6 meses (3 en UCI Neonatal y 3 en plantas maternidad/transición/paritorio)

UCI pediátrica: 3 meses

Digestivo: 3 meses

Tercer año

Rotaciones optativas dentro de las distintas especialidades pediátricas

Cuarto año

Especialidad pediátrica durante un año o varias rotaciones, según el residente elija

Las especialidades de neurología y cardiología pediátricas conllevan la realización de un segundo año de formación fuera de la residencia.

Guardias

De forma general los objetivos docentes de la actividad durante las guardias serán:

- Llevar a cabo la atención de enfermos con patología aguda.
- Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- Alcanzar la necesaria seguridad e incrementar su nivel de responsabilidad en la toma de decisiones clínicas.

Todo ello con el fin de adquirir y perfeccionar conocimientos y habilidades que le permitan ofrecer una asistencia correcta y de calidad a los pacientes.

Durante el primer año se realizan en el ámbito de Urgencias. A partir del segundo año se comienza a hacer guardias en **Neonatología** (cuando se han completado 4 meses de la rotación de neonatos) guardias de **plantas** y guardias en **UCIP** (cuando se han completado 2 meses de la rotación de UCIP). Una vez se realizan los 4 tipos de guardias, todos los residentes deberán realizar al menos una guardia en cada área todos los meses.

5. NORMAS DE SUPERVISIÓN EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:

Residentes de primer año: El residente está siempre supervisado físicamente y no puede firmar solo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes, tal y como establece el RD 183/2008.

Residentes de segundo año: Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva de forma que le serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.

Residentes de tercer año y cuarto año: Deben progresar en la práctica asistencial de los pacientes hospitalizados, perfeccionando las habilidades adquiridas y asumiendo un mayor nivel de responsabilidad. Prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente. Debe realizar actividades de coordinación y docencia de residentes de primer y segundo año

HABILIDAD	NIVEL RESPONSABILIDAD			
	R1	R2	R3	R4
Realización de la historia clínica, orientación global del paciente, planteando un diagnóstico diferencial y valoración del grado de gravedad	3-2	2-1	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la específica según la orientación clínica	3-2	2-1	1	1
Informar al paciente y familiares	3-2	2-1	1	1
Comunicar malas noticias*	3	2	2-1	2-1
Solicitar e interpretar pruebas complementarias básicas (analítica, radiografía, ECG)	3-2	2-1	1	1
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	3-2	2	2-1	1
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales (ecografía, TAC, pruebas analíticas o microbiológicas específicas...)	3-2	2	2-1	1
Pauta de tratamientos en la planta (sueros, oxigenoterapia, fármacos)	3-2	2-1	1	1
Realización de punción lumbar	3-2	2	1	1
Decisión de alta de un paciente	3	2-1	1	1
Solicitar valoración de un paciente por parte de la UCI pediátrica*	3	3-2	2	2
Atención de pacientes con complejidad médica*	3	2	2-1	2-1
Coordinación del abordaje multidisciplinar de los pacientes ingresados	3	2	1	1
Atención de pacientes ingresados con un plan de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) o en cuidados paliativos*	3	2	2-1	2-1
Atención de pacientes con sospecha de maltrato/abuso sexual* (el parte judicial y el informe deberán ser firmados o visados por el adjunto responsable)	3	2	2-1	2-1

***En todas estas situaciones se debe INFORMAR AL ADJUNTO responsable** para tomar una decisión conjunta y valorar si el residente puede llevar a cabo la atención con o sin supervisión directa, **debiendo estar presente SIEMPRE** en los siguientes casos:

- En la atención al paciente grave o inestable que se encuentre ingresado en planta.
- Cuando se solicite la valoración de un paciente por parte de la UCIP (en caso de situación muy urgente como PCR o similar, se avisará simultáneamente al adjunto responsable y a la UCIP)
- En alguna de las valoraciones que el residente lleve a cabo en un paciente que tenga una AET o esté en paliativos.

6. NORMAS DE SUPERVISIÓN EN CONSULTAS:

Residentes de primer año: El residente está siempre supervisado físicamente y no puede firmar solo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes, tal y como establece el RD 183/2008. Durante el R1 están en consultas en atención primaria y en neumología y alergia.

Residentes de segundo año: Durante el R2 los residentes están en consultas de digestivo infantil. Podrán ver solos las primeras consultas de pacientes derivados de atención primaria, hacer la anamnesis y exploración física y pedir las pruebas de primer nivel para patologías comunes. Pueden atender solos las consultas de revisión de pacientes con patología no compleja. Verán acompañados de un adjunto los pacientes con patología crónica y compleja. En todos los casos deberán contar al el caso al adjuntotras anamnesis y exploración física y para pedir pruebas de segundo nivel o dar de alta a un paciente.

Residentes de tercer y cuarto año: Durante el R3 los residentes rotan por diferentes consultas. En general, atenderá solos a los pacientes y comentarán los casos más complicados con el adjunto responsable. No podrán dar altas sin comentarlo previamente con el adjunto.

Para los R4 de especialidad a pasan la consulta solos, pueden pedir pruebas de primer y segundo nivel y dar altas.

HABILIDAD	NIVEL RESPONSABILIDAD			
	R1	R2	R3	R4
Realización de la historia clínica, orientación global del paciente planteando un diagnóstico diferencial y valoración del grado de gravedad	3-2	3-2	2-1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la específica según la orientación clínica	3-2	3-2	2-1	1

Informar al paciente y familiares	3-2	2-1	1	1
Comunicar malas noticias*	3	3	2	2-1
Solicitar e interpretar pruebas complementarias básicas (analítica, radiografía, ECG)	3-2	3-2	2-1	1
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	3-2	3-2	2-1	1
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales (ecografía, TAC, pruebas analíticas o microbiológicas específicas...)	3	3-2	2-1	1
Decisión de alta de un paciente	3	3-2	2-1	1
Atención de pacientes con complejidad médica*	3	3-2	2-1	2-1

*En estas situaciones se debe **INFORMAR AL ADJUNTO responsable** para tomar una decisión conjunta y valorar si el residente puede llevar a cabo la atención con o sin supervisión directa

Consultas que merecen mención especial ya que se realizan técnicas:

-Cardiología Pediátrica: en la consulta se realiza valoración clínica, exploración física, lectura e interpretación de electrocardiograma y realización e interpretación de ecocardiograma. Con respecto a la valoración clínica y exploración física el nivel de supervisión es 2 para los R3 y 1 para los R4 de especialidad. En la lectura e interpretación del electrocardiograma el nivel de supervisión es 2 para el R3 y 2 para el R4 de especialidad al inicio de formación hasta alcanzar experiencia y conocimiento y por tanto en la evolución será de 1. En relación a la realización de ecocardiograma, el nivel será de 3 para el R3 y de 2 para el R4.

-Reumatología pediátrica: los residentes realizan procedimientos. Los 3 más frecuentes, sobre todo los 2 primeros, son ecografía articular, capilaroscopia y artrocentesis de rodilla. Para todos ellos el nivel de supervisión es 2 para los R3 y 1 para los R4 de especialidad.

7. NORMAS DE SUPERVISIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA:

Residentes de segundo año:

- El residente durante la rotación en UCIN está siempre supervisado físicamente. UCIN es una sección que exige una formación complementaria.
- Durante la rotación en Plantas de Maternidad/Transición y Asistencia en Partorio y Cesáreas: su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva, disponiendo de responsabilidad plena con los recién nacidos (RN) sanos de la planta de Maternidad (Exploración física del RN, alta, petición de pruebas) y consultando las dudas que precisen con el adjunto que siempre tendrán como responsable de esta sección. En la asistencia a partorio y cesáreas según las características del tipo de nacimiento, la urgencia y la edad gestacional del RN, su responsabilidad irá en aumento de manera progresiva, con la supervisión de un adjunto o en la unidad e transición (físicamente al lado de partorio).

Residentes de tercer año y cuarto año: Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva, aunque siempre con una supervisión física del adjunto. Deben progresar en la práctica asistencial de carácter grave, perfeccionando las habilidades adquiridas y asumiendo un mayor nivel de implicación, pero siempre bajo supervisión y tutela directa. Los residentes que hagan su año de formación de R4 en UCI Neonatal, tendrán su propia vía formativa específica.

HABILIDAD en UCI Neonatología	NIVEL RESPONSABILIDAD		
	R2	R3	R4
Realización de la historia clínica, evolutivos, orientación global del paciente planteando un diagnóstico diferencial y valoración del grado de gravedad	2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la específica de parámetros de gravedad	2	1	1
Informar al paciente y familiares	3	2	2
Realización de los informes de alta	2	2	1-2
Comunicar malas noticias	3	3	3
Solicitar e interpretar pruebas complementarias básicas (analítica, radiografía, ECG)	3	2	1
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	3	2	2
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales (ecografía, RM, TAC, pruebas analíticas o microbiológicas específicas...)	3	3-2	2
Coordinación del abordaje multidisciplinar de los pacientes de mayor complejidad ingresados	3	3-2	1-2
Pautar de tratamientos	3	3-2	2
Realización de sedo-analgésia para procedimientos	3	3-2	2
Realización de punción lumbar	3	3	1-2
Realización de punción aguja fina para drenaje de neumotórax no complicado	3	3	2
Colocación de tubo de drenaje torácico	3	3	2-3
Realización de punción suprapúbica	3	2-3	1
Aplicación de presión positiva en casos de parada cardiorrespiratoria (PCR) y/o apnea	3	3	2
Intubación y ventilación mecánica	3	3-2	2
Programación de ventilación no invasiva	3	2	1
Programación respiradores ventilación convencional (VC)	3	3	2-1
Programación de respiradores de VAFO	3	3	2-3
Manejo y técnicas en los prematuros extremos (<1000g)	3	3	2
Valoración de ingreso de pacientes de paritorios/ transición	3	3-2	3-2
Aceptar un traslado de un paciente desde otro hospital	3	3	3
Decisión de alta de un paciente	3	3	2

Atención de pacientes ingresados con un plan de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), en cuidados paliativos o situación de final de vida	3	3-2	3-2
--	---	-----	-----

HABILIDAD en Plantas maternidad/transición/ Paritorio Neonatología	NIVEL RESPONSABILIDAD		
	R2	R3	R4
Realización de la historia clínica, orientación global del paciente planteando un diagnóstico diferencial y valoración del grado de gravedad	2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la específica de parámetros de gravedad	2-1	1	1
Informar al paciente y familiares	1-2	1	1
Comunicar malas noticias	3	3	3
Solicitar e interpretar pruebas complementarias básicas (analítica, radiografía, ECG)	2	1-2	1
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	2	1-2	1
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales (ecografía, RM, , pruebas analíticas o microbiológicas específicas...)	2	2	1
Pautar de tratamientos	2	2	1
Reanimación con presión positiva en paritorio/cesáreas	2-1	1	1
Reanimación avanzada con intubación en paritorio/cesárea	3	2-3	2
Reanimación prematuro extremo (< 1000 g)	3	3	2-3
Valoración de ingreso de pacientes de paritorios/ transición	3	3-2	3-2
Aceptar un traslado de un paciente desde otro hospital	3	3	3
Decisión de alta e informe de alta en planta maternidad	2-1	1-2	1
Manejo de decisiones de los pacientes leves de la Transición	2	2-1	1

8. NORMAS DE SUPERVISIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP):

Residentes de segundo año: El residente está siempre supervisado físicamente, ya que la UCIP es una sección que exige una formación complementaria.

Residentes de tercer año y cuarto año: Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva, aunque siempre con una supervisión física del adjunto. Deben progresar en la práctica asistencial de carácter grave, perfeccionando las habilidades adquiridas y asumiendo un mayor nivel de implicación, pero siempre bajo supervisión y tutela directa. Los residentes que hagan su año de formación de R4 en UCIP, tendrán su propia vía formativa específica.

HABILIDAD	NIVEL RESPONSABILIDAD		
	R2	R3	R4

Realización de la historia clínica, orientación global del paciente planteando un diagnóstico diferencial y valoración del grado de gravedad	2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la específica de parámetros de gravedad	2	1	1
Informar al paciente y familiares	3	2	2
Comunicar malas noticias	3	3	3
Solicitar e interpretar pruebas complementarias básicas (analítica, radiografía, ECG)	3	2	1
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	3	2	2
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales (ecografía, TAC, pruebas analíticas o microbiológicas específicas...)	3	3-2	2
Pauta de tratamientos	3	3-2	2
Realización de sedo-analgésia para procedimientos	3	3-2	2
Valoración de ingreso de pacientes de otras unidades	3	3-2	3-2
Aceptar un traslado de un paciente desde otro hospital	3	3	3
Atención de pacientes ingresados con un plan de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), en cuidados paliativos o situación de final de vida	3	3-2	3-2

9. NORMAS DE SUPERVISIÓN DURANTE LAS GUARDIAS:

Residentes de primer año: El residente está siempre supervisado físicamente y no puede firmar solo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes, tal y como establece el RD 183/2008.

Residentes de segundo año: Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva de forma que le serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.

Residentes de tercer año y cuarto año: Deben progresar en la práctica asistencial de carácter urgente, perfeccionando las habilidades adquiridas y asumiendo un mayor nivel de responsabilidad. Prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente. Debe realizar actividades de coordinación de residentes de primer y segundo año

HABILIDAD	NIVEL RESPONSABILIDAD			
	R1	R2	R3	R4
Realización de la historia clínica, orientación global del paciente planteando un diagnóstico diferencial y valoración del grado de gravedad	3-2	1	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la específica según la orientación clínica	3-2	1	1	1
Informar al paciente y familiares	3-2	2-1	1	1
Comunicar malas noticias*	3	2	2-1	2-1

Solicitar e interpretar pruebas complementarias básicas (analítica, radiografía, ECG)	3-2	2-1	1	1
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	3-2	2	2-1	1
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales (ecografía, TAC, pruebas analíticas o microbiológicas específicas...)	3-2	2	2-1	1
Pauta de tratamientos en urgencias (sueros, oxigenoterapia, fármacos utilizados en urgencias)	3-2	2-1	1	1
Realización de punción lumbar	3-2	2	1	1
Realización de sedo-analgésia para procedimientos*	3	2	2-1	2-1
Acompañamiento de pacientes a otras áreas del hospital (realización de TAC, etc.)*	3	3-2	2-1	2-1
Atención de pacientes que requieran asistencia en el box vital/pacientes con nivel 1 de prioridad*	3	3-2	2-1	2-1
Decisión de paso de pacientes al área de observación	3-2	2	1	1
Decisión de ingreso de un paciente*	3	2	2-1	2-1
Decisión de alta de un paciente	3	2-1	1	1
Aceptar un traslado de un paciente desde otro hospital*	3	3	2-1	2-1
Solicitar valoración de un paciente por parte de la UCI pediátrica*	3	3-2	2	2
Atención de pacientes con patología grave ingresados en planta*	3	2	2-1	2-1
Manejo de los pacientes en transición de neonatología y plantas de maternidad	/	1-2	1-2	1
Reanimación con presión positiva: paritorio o UCIN	/	1-2	1	1
Intubación y manejo de ventilación mecánica	/	3	2-3	2
Atención de pacientes ingresados con un plan de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) o en cuidados paliativos*	3	2	2-1	2-1
Atención de pacientes con sospecha de maltrato/abuso sexual* (el parte judicial y el informe deberán ser firmados o visados por el adjunto responsable)	3	2	2-1	2-1

***En todas estas situaciones se debe INFORMAR AL ADJUNTO responsable** para tomar una decisión conjunta y valorar si el residente puede llevar a cabo la atención con o sin supervisión directa, **debiendo estar presente SIEMPRE** en los siguientes casos:

- En la atención al paciente grave o inestable que acuda a urgencias o se encuentre ingresado en planta.
- Cuando se solicite la valoración de un paciente por parte de la UCIP (en caso de situación muy urgente como PCR o similar, se avisará simultáneamente al adjunto responsable y a la UCIP)
- En alguna de las valoraciones que el residente lleve a cabo en un paciente que tenga una AET o esté en paliativos.



Todo residente, independientemente de su experiencia o año de formación, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento y solicitar ayuda y consejo a los facultativos.

* **Fecha de realización del documento:** 03/03/2022

* **Fecha de aprobación en Comisión de docencia:**

* **Fecha de revisión del protocolo: en los siguientes 3 años a la fecha de realización.**

	Elaborado por	Aprobado por
Autor/es	Elisa Fernández Cooke	Comisión de Docencia HU12O
	María Teresa Moral Pumarega	
	Jaime Cruz Rojo	
	Carmen Luna Paredes	
	Pilar Cedena Romero	
	Rosa María Calderón Checa	
	Olga Ordoñez Saez	
	Jaime de Inocencio Arocena	
	Sylvia Belda	
Versión	01.0	
Fecha próxima revisión (cada 3 años)	Fecha elaboración	Fecha aprobación Comisión Docencia
03/03/2025	03/03/2022	01/04//2022
	Elaborado por	Aprobado por
Autor/es		Comisión de Docencia HU12O
Versión	02.0	
Fecha revisión	Fecha elaboración	Fecha aprobación Comisión Docencia