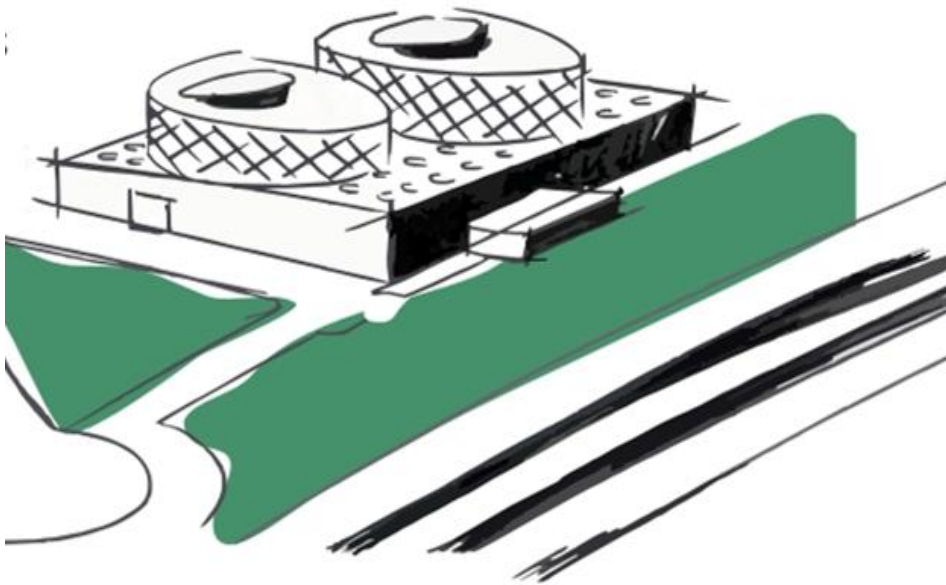


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS



Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Octubre 2017	Revisión y Actualización del Documento
1	Abril 2019	Revisión del Documento.
2	Diciembre 2019	Revisión del Documento
3	Mayo 2026	Revisión del Documento

INDICE

INDICE	1
2. NORMATIVA APLICABLE	2
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION.....	3
4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	4
4.1.Habilidades que debe adquirir un residente:.....	4
4.2 Definición de los niveles de Supervisión	5
4.3.Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.....	6
4.4. Asistencia a pacientes en consulta externa.....	6
4.5. Asistencia a pacientes en guardias.....	7
4.5.3. <i>Residente de tercer año.</i>	10
4.5.4. <i>Residente de cuarto año</i>	11
4.6. Asistencia a pacientes en hospital de día pediátrico.	12
5.- TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	12
6.- CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPRVISADO.....	12
7.- TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL TUTOR DE RESIDENTES	13
8.- ANEXOS.....	14
1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Hospitalización.....	14
2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Consultas Externas.....	15
3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en la guardia médica	16

1.- INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) tiene desde su comienzo como objetivo principal el impartir una docencia de calidad a los facultativos residentes que se formen en nuestro centro basada en el principio de la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad. Por ellos se ha intentado formalizar todas las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

En febrero de 2008 se publicó **el Real Decreto 183/2008**, en el que se especifican los aspectos formativos, durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, haciendo especial hincapié en los aspectos relativos al **grado de supervisión** de los futuros especialistas y asumiendo que el residente irá adquiriendo una responsabilidad progresiva según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos, de tal manera que, si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un **descenso** progresivo de la supervisión realizada por los tutores, supervisores y los facultativos responsables, a fin de alcanzar al final del periodo de residencia la autonomía completa, pudiendo iniciar su etapa laboral como especialistas de manera segura y con un alto nivel de cualificación.

El mencionado Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención a los relativos a áreas asistenciales significativas. Es por ello que desde la Comisión de Docencia se ha propuesto introducir como objetivo docente, tanto para los tutores como para la propia Comisión, la realización de unos protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

2. NORMATIVA APLICABLE

El presente protocolo de supervisión se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del conjunto de dispositivos del HURJC a la siguiente normativa:

- **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 del sistema de formación sanitaria especializada, contempla en su artículo 15 (punto primero), que el sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (de ordenación de las profesiones sanitarias) implica la “asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad 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”.
- **ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de

docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.

- **REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre**, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- **LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**: Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas. Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves. (VER ANEXO I)
- **Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre**, por la que ese aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas.
- **Resolución de 21 de marzo de 2018**, corregida **el 3 de julio de 2018**, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION

La supervisión de los residentes de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008. Dichos principios generales se resumen en los siguientes:

1. En primer lugar, el Real Decreto en su Capítulo V, artículo 14 reconoce **el deber general de supervisión** como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
2. **La responsabilidad del residente deberá ser progresiva**: “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”.
3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
4. **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 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.**
5. **La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo**. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión de los residentes a su cargo, según las características de la

especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en el dispositivo en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El **objetivo** de la formación médica especializada es el de dotar a los profesionales de conocimientos técnicos habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (LOPS, artículo 15.2). El especialista en formación debe adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando (RD 183/2008, artículo 1).

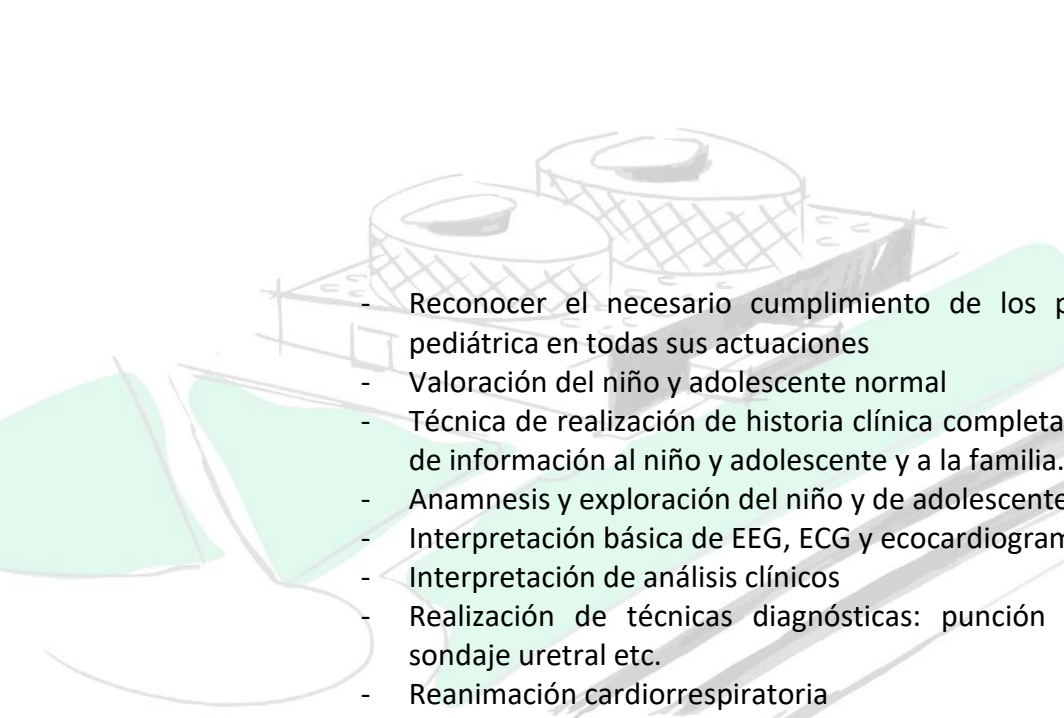
Los objetivos **específicos** del pediatra, según el programa formativo de la especialidad (**ORDEN SCO/3148/2006**) son:

- Adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para:
 - Atender los problemas clínico-pediátricos a nivel general y de sus áreas específicas.
 - Promocionar la salud de la población infantil y adolescente.
 - Realizar labores de investigación clínica y básica
 - Trabajar como integrantes y si es preciso, como coordinadores de equipos multidisciplinares de salud
- Preparar al médico para una buena atención pediátrica caracterizada por ser:
 - Total en los objetivos, en el contenido, en las actividades y en la población atendida (desde la concepción hasta el final del periodo de crecimiento y desarrollo)
 - Precoz y continua en el tiempo (vida del individuo) y en el proceso salud-enfermedad
 - Integral, incluyendo todos los aspectos del ciclo integral de la salud (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación docencia e investigación) los cuales se desarrollarán tanto en el nivel de Atención especializada como en el de Atención primaria.
 - Integrada, es decir, la atención pediátrica se inscribe en un modelo organizado y jerarquizado que sin perjuicio de que también ha de ser coherente con las demás circunstancias socio-económicas del país que se practica.
 - Individualizada y personalizada en condiciones de igualdad y en libertad.

4.1. Habilidades que debe adquirir un residente:

Se especifican 3 niveles:

- **Nivel 1:** incluye lo que debe aprender un residente para su realización de manera independiente, comprende:

- 
- Reconocer el necesario cumplimiento de los principios de la ética pediátrica en todas sus actuaciones
 - Valoración del niño y adolescente normal
 - Técnica de realización de historia clínica completa, así como habilidades de información al niño y adolescente y a la familia.
 - Anamnesis y exploración del niño y de adolescente con patología
 - Interpretación básica de EEG, ECG y ecocardiograma.
 - Interpretación de análisis clínicos
 - Realización de técnicas diagnósticas: punción lumbar, suprapúbica, sondaje uretral etc.
 - Reanimación cardiorrespiratoria
 - Pruebas de cribaje
 - Adquirir capacidad para elaborar y exponer trabajos científicos de la especialidad
 - Conseguir correctas actitudes en la relación con los niños, los adolescentes y sus familiares, así como adquirir capacidad de comunicación no verbal con el lactante y el preescolar.
- **Nivel 2:** habilidades de las que el residente debe tener buen conocimiento, aunque no las pueda llevar a cabo de forma completa, comprende:
 - Interpretación del diagnóstico mediante la imagen
 - Interpretación de técnicas diagnósticas, isotópicas y funcionales
 - Técnica de oxigenoterapia. Realización de ventilación asistida. Realización de alimentación enteral y parenteral.
 - Test y pruebas psicométricas.
 - **Nivel 3:** patologías que el residente ha visto y de las que tiene solo conocimiento teórico, comprende:
 - Biopsias intestinales, renales y hepáticas

4.2 Definición de los niveles de Supervisión

En la tabla aparecen recogidos los 3 niveles de supervisión (de menor a mayor supervisión), así como las actividades a realizar por el médico residente, que será de aplicación y obligado cumplimiento para los conocimientos y habilidades a adquirir durante su periodo formativo en la atención continuada.

Niveles de supervisión establecidos por la comisión de docencia y comunes a todas las especialidades.

Nivel de Supervisión	Valoración
Nivel 1: Nivel de menor supervisión	Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y, posteriormente, informa.
Nivel 2: Nivel de supervisión intermedia	Actividades realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable
Nivel 3: Nivel de mayor supervisión	Actividades realizadas por el facultativo especialista observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente, que carece de responsabilidad y, exclusivamente actúa como observador o asistente

4.3. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.

El residente de Pediatría será asignado a un adjunto responsable de planta, con el fin de que aprenda el manejo global y la patología del niño y del adolescente que lleva cada adjunto. Como indica la Comisión Nacional de la Especialidad, debe tener a su cargo, con responsabilidad paulatinamente creciente, debiendo estar supervisado siempre por un Médico de Plantilla.

La misión del residente durante su estancia en esta área será la realización de la Historia Clínica, Exploración física, el planteamiento de un diagnóstico inicial y establecimiento de una estrategia de estudio, así como de un plan terapéutico, elaborando cuando esté capacitado para ello, el informe de alta. Todo esto se hará con la adecuada **supervisión** del médico de plantilla (inicialmente supervisión total y de presencia física y luego a demanda).

4.4. Asistencia a pacientes en consulta externa

Como recomienda el POE a lo largo de su periodo formativo, el residente dedicará un periodo de su formación a la atención en consulta externa, atendiendo inicialmente enfermos nuevos y posteriormente nuevos y revisiones. Su consulta será la correspondiente al médico de plantilla al que esté adscrito, bajo la supervisión de este, lo que le permitirá rotar por las consultas monográficas existentes en la especialidad de pediatría. En cada una de estas consultas se formará al residente para la obtención de los objetivos docentes específicos que recomienda el POE.

En el último periodo de residencia podrá tener, una consulta 'monográfica' del residente, supervisada por el tutor de residentes, donde verá, al menos un día a la semana pacientes con supervisión a demanda. La necesidad de dar continuidad al seguimiento de estos pacientes determinará la estructura de esta consulta que

estará asignada a los facultativos a los que esté asignado el residente en los últimos años.

4.5. Asistencia a pacientes en guardias.

La Unidad de Urgencias del HURJC ofrece continuidad asistencial, con una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en la que intervienen múltiples profesionales, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el paciente. El fin último de la Unidad de Urgencias es atender a cualquier niño o adolescente que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia.

Los recursos humanos asignados están constituidos por:

- Personal Facultativo: Médicos de plantilla y cuando los haya Médicos Internos Residentes.
- Personal Sanitario No Facultativo: Diplomados Universitarios en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.
- Personal No Sanitario: Administrativos, Celadores, Personal de Seguridad y Personal de Limpieza.

Estos recursos humanos constituyen un equipo de trabajo para la atención y cuidados de los pacientes y familiares que acuden a la Unidad de Urgencias, siendo responsabilidad común a todos los miembros del equipo procurar agilizar el proceso asistencial y evitar demoras y esperas innecesarias.

Los médicos adjuntos y residentes de guardia poseen 4 buscas de localización: número:

- 861538 neonatólogo 1
- 866396 neonatólogo 2 (suele ser el busca del residente)
- 866395 busca de urgencias
- 861435 busca de planta

para facilitar su accesibilidad, tanto a otros facultativos como a residentes, en todo momento.

Los Médicos Internos Residentes (MIR), durante su permanencia en la Unidad de Urgencias, se considerarán, a todos los efectos, adscritos funcionalmente a esta Unidad. Durante su período de guardia en urgencias, no tendrán obligaciones asistenciales ni científicas en sus servicios de origen, ni sobre pacientes hospitalizados, salvo situaciones previamente definidas. El MIR de pediatría realizará según recomendaciones del POE entre 4-6 guardias.

El jefe de urgencias, el tutor de residentes y, en su ausencia, los facultativos de guardia son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los médicos en formación en la Unidad de Urgencias, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los médicos en formación.

Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor y Jefe de Servicio y, si éstos lo consideran oportuno, a la Comisión de Docencia.

Los puntos de asistencia durante las guardias, en el Área Médica, serán:

- Área de emergencias y RCP (box de críticos pediátricos). Permite la atención inmediata y eficiente de las emergencias (Nivel 1), incluida la Parada Cardiorrespiratoria (PCR), detectadas en el área de Urgencias. Atendida por médicos de urgencias y residentes de guardia, estando establecido el papel de cada uno de los médicos de guardia en la atención al mismo.
- Consultas: Es el nivel de atención de los pacientes considerados no graves (Niveles 4 ó 5). Realizarán guardias en esta ubicación residentes a partir del primer año de residencia al inicio de forma conjunta con el médico pediatra de guardia (modo observer) y paulatinamente de manera independiente con supervisión estricta y continua de cada paciente atendido. Estarán supervisados por los médicos de guardia de presencia física.
- Observación y sala de contingencia: Capacidad para 6 pacientes (camas o cunas) ampliables a 10 según la demanda del servicio de urgencias en cada momento del año. Todas ellas cerradas con puerta corredera, para mantener al paciente relativamente aislado del exterior dependiendo del problema que le afecte. La ampliación hasta 10 sería realizada en el área de contingencia en el que no hay puerta corredera por lo que allí se sitúan los pacientes no infecto-contagiosos y que no necesitan monitorización estricta. Es una sala de agudos para pacientes con nivel de gravedad 2 y 3 para los niños o adolescentes que precisen monitorización o vigilancia estrecha, patologías potencialmente contagiosas (camas de aislados), pacientes psiquiátricos o pacientes que a priori precisarán con gran probabilidad ingreso hospitalario.
- Área de nebulizaciones: dada la patología prevalente respiratoria en la infancia la urgencia pediátrica se ha habilitado un área en el pasillo previo a la observación para la administración de terapia broncodilatadora con cámara espaciadora. Si el paciente por su gravedad precisará nebulizaciones debería pasar a una sala de observación o a la contingencia si no hubiera otros pacientes.
- Sala de traumatología: los pacientes pediátricos que requieran la actividad del traumatólogo o del personal de enfermería para la inmovilización de fracturas o daños ligamentosos se atenderán en esta sala para evitar que dichos pacientes tengan que desplazarse a otro lugar físico para ser atendidos.
- Sala de técnicas: situada enfrente del triaje. Asegura la extracción de analíticas a niños o adolescentes que no tengan que ser observados y garantizando su intimidad y la de su familia.

La realización de guardias en los cinco niveles asistenciales de nuestra Unidad permite atender a los pacientes en diferentes fases evolutivas de una misma enfermedad.

4.5.1 Residente de primer año

Objetivo principal:

Iniciarse en la práctica asistencial de carácter urgente. Deben adquirirse los conocimientos para poder identificar la patología grave, que requiere una respuesta inmediata, así como la orientación clínica y la puesta en marcha de los recursos más adecuados. En su actuación en el Servicio de Urgencias el médico residente complementa las habilidades y competencias conseguidas en las diferentes rotaciones clínicas, relacionadas con la realización de anamnesis y exploración física, utilización racional e interpretación de las exploraciones complementarias, y en la práctica de las técnicas diagnósticas más habituales. De forma progresiva debe desarrollar competencias y habilidades en el trato con el paciente, con los familiares y con los compañeros (especialistas, residentes y personal de enfermería).

En resumen, el objetivo docente del residente de primer año de pediatría es la adquisición de las habilidades de nivel 1 (citadas con anterioridad). Y además el residente debe adquirir buen conocimiento y habilidad, aunque no las pueda llevar a cabo de forma completa de las habilidades del nivel 2.

Ubicación del residente de primer año.

La localización del médico residente será en el lugar físico asignado a cada rotación y en cuanto a la atención continuada en el área médica de Urgencias, será preferentemente en la zona de consultas, por permitir una mejor supervisión por los médicos facultativos del área de urgencias.

La ubicación preferente al asignar las guardias mensuales se realizará sin menoscabo de la ubicación del residente en otras áreas de pediatría, siguiendo las indicaciones de los médicos facultativos responsables del área de urgencias teniendo en cuenta las necesidades asistenciales en momentos puntuales y siempre valorando los objetivos formativos recogidos en el Programa de la Especialidad del residente.

Por otro lado, el adjunto de pediatría encargado del área neonatal podrá requerir al R1 para acompañarle en la asistencia a partos y durante el ingreso/estabilización inicial del neonato. De la misma forma el adjunto de pediatría encargado de planta procurará que el R1 le acompañe a atender complicaciones o problemas que surjan a los niños/adolescentes ingresados.

Supervisión del residente de primer año

La supervisión será siempre de presencia física por el médico adjunto responsable. Como establece el RD 183/2008 el médico residente de primer año no podrá firmar solo documentos de altas, bajas y otros importantes sin la firma del médico facultativo responsable de su supervisión. Para ello se visarán por parte del facultativo responsable, los documentos de alta y siguiendo las indicaciones de elaboración y validación de informes que permite nuestra aplicación.

4.5.2. Residente de segundo año.

Objetivo principal:

Progresar en la práctica asistencial de carácter urgente. Debe continuar desarrollando las habilidades y competencias expuestas en el apartado del residente de primer año,

de forma cada vez más autónoma, aunque la práctica totalidad de las actuaciones esté tutelada.

Ubicación del residente de segundo año.

La ubicación del residente de segundo año que realiza su formación en la atención continuada de la urgencia médica será preferentemente en consultas y también en observación, con una progresiva mayor autonomía. Debe ser capaz de identificar la patología grave e iniciarse en el manejo de la misma con la supervisión adecuada de los adjuntos responsables de cada zona.

La ubicación preferente al asignar las guardias mensuales se realizará sin menoscabo de la ubicación del residente en otras áreas de urgencias, siguiendo las indicaciones de los médicos facultativos responsables del área de urgencias teniendo en cuenta las necesidades asistenciales en momentos puntuales y siempre valorando los objetivos formativos recogidos en el Programa de la Especialidad del residente.

Supervisión del residente de segundo año.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a éste como a los especialistas que presten servicios en los dispositivos de Urgencias, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión de los residentes a su cargo. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad que preste servicios podrá recurrir y consultar a los mismos siempre que considere necesario.

La primera función del R2 es la asistencia al recién nacido en el área de partos; además de la exploración de recién nacidos supuestamente normales que están con sus madres, antes de ser dados de alta del hospital. Así mismo, los residentes, supervisados por el adjunto, se encargan del seguimiento de pacientes críticos hospitalizados o que ingresan durante la guardia, tanto en la Unidad Neonatal como en el área de planta (maternidad y hospitalización de pediatría general). El adjunto que supervisa y está responsabilizado de la labor de este residente es el adjunto de guardia en Neonatal.

En la tabla 2 se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

4.5.3. Residente de tercer año.

Objetivo principal del médico residente de tercer año será consolidar los objetivos expuestos previamente, pudiendo alcanzar de forma autónoma la valoración de gravedad del paciente realizando un diagnóstico diferencial básico e indicando y valorando exploraciones complementarias básicas, proporcionando información a pacientes y familiares y pudiendo tomar decisiones respecto al destino del paciente, ya sea alta o ingreso.

Ubicación del residente de tercer año.

La ubicación del residente de tercer año en el área de urgencias será en cualquiera de las zonas del área médica (consultas, boxes, observación), comenzando a realizar guardias como primer responsable en el área neonatal y de planta e hospitalización en agudos donde deberá adquirir progresivamente las competencias y habilidades en el manejo de la patología médica más grave, de pacientes que precisan en muchos casos una monitorización estrecha. Supervisado por los médicos pediatras de guardia de cada una de las áreas.

Supervisión del residente de tercer año.

El residente de tercer año deberá progresar en la práctica asistencial. Podrá firmar sólo documentos de alta y baja. Prácticamente ninguna actividad estará tutelada salvo que el residente lo solicite.

En la tabla 2 se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

4.5.4. Residente de cuarto año

Objetivo docente principal es la adquisición del dominio en la práctica asistencial urgente de forma prácticamente autónoma, pudiendo realizar adecuadamente la valoración de gravedad del paciente, la anamnesis y exploraciones completas, la indicación de exploraciones complementarias y la indicación terapéutica específica, así como el destino final de los pacientes.

Así mismo, en función de la organización asistencial del servicio sería deseable que el R4 pudiera hacerse cargo del pase de visita a los pacientes hospitalizados (tanto en planta como en neonatología) a primera hora de la mañana en el cambio de guardia.

Ubicación del residente de cuarto año:

La ubicación del residente de cuarto año vendrá determinada por la distribución de guardias que marca su itinerario formativo dependiendo de la subespecialidad que escoja. Como recomienda el POE 9-12 meses de su cuarto año puede elegir rotaciones externas para completar su subespecialización. Si su rotación no obedece a realización de guardias en la unidad docente elegida hará guardias con responsabilidad avanzada en el servicio de urgencias (área neonatal y de pediatría general).

Supervisión del residente de cuarto año:

Se trata de los últimos años de formación de los residentes, por lo que las responsabilidades, actitudes y aptitudes han de consolidarse de forma definitiva. El médico residente en esta etapa formativa debe ser prácticamente autónomo y adquirir las competencias y habilidades necesarias para tener un amplio dominio de la práctica asistencial urgente e incluso apoyar al médico pediatra/neonatólogo de guardia en la formación y supervisión del R1.

Prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente y dispone de máxima autonomía con un responsable siempre disponible para cualquier consulta.

4.6. Asistencia a pacientes en hospital de día pediátrico.

Como recomienda el POE el facultativo pediatra debe ser capaz de explicar y entender los procedimientos diagnósticos inherentes al ejercicio profesional de la Pediatría preventiva, clínica y social por lo que durante diferentes rotaciones estará presente en hospital de día pediátrico con el médico adjunto a su cargo y la enfermera de pediatría para la realización de pruebas funcionales en pediatría, vacunaciones extraordinarias al calendario vacunal de la Comunidad de Madrid o en la administración de medicaciones intravenosas específicas para diferentes patologías complejas.

5.- TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

Los **facultativos** deben ejercer las siguientes funciones:

- Durante los primeros años de formación del residente, el facultativo debe orientar al residente en los casos a seguir en su formación, así como indicarle las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento, basadas en su mayor conocimiento y experiencia. En los últimos años de formación, la labor del facultativo pasa a ser de supervisión indirecta, estando siempre disponible como consultor o para intervenir en caso de apreciar que la situación supera las capacidades del residente en ese momento.
- Durante los primeros años de formación, el especialista debe supervisar de forma directa todas las actuaciones del residente. Según va adquiriendo éste experiencia y habilidad, el facultativo puede pasar a realizar una supervisión indirecta, principalmente en la toma de decisiones en el pase de visita de los pacientes ingresados o en la atención del paciente en Consultas Externas. El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento invasivo sobre un paciente. Igualmente debe contactar con él en caso de duda diagnóstica o terapéutica.

6.- CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPRVISADO.

En caso de circunstancias especiales el residente tendrá que estar supervisado durante toda su residencia

- Solicitud de traslado a otro centro
- Solicitud de autopsia
- Necesidad de informar a autoridades o en caso de presencia física de las mismas
- Pacientes en los que se haya activado código VISNNA o sea sospechoso de haber sufrido cualquier tipo de violencia
- Pacientes en situación de conflicto o reclamación
- Necesidad de llamada a médico de guardia localizada en su domicilio
- Box de críticos, situación de RCP pediátrica o niño muy grave

7.- TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL TUTOR DE RESIDENTES

- Recepción y bienvenida a los residentes cuando inician la residencia junto con el jefe de servicio; información general del servicio, entrega del plan de formación y de las rotaciones individuales a cada residente.
- Organización del plan de rotaciones cumpliendo las directrices del plan de formación del ministerio y adecuándolo al número de residentes y a las características de nuestro servicio.
- Redacción del Plan de Formación de Pediatría adecuado para nuestro hospital siguiendo las directrices del plan de formación del ministerio y las recomendaciones de la comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Así mismo, los tutores son responsables de la actualización periódica del plan.
- Supervisión de las evaluaciones de las rotaciones de los residentes y de la memoria anual del residente, antes de que sea evaluada por la Comisión de Docencia. Los tutores avalan que la información recogida en las mismas es correcta.
- Supervisión de las sesiones clínicas que organizan los residentes semanalmente y de la sesión bibliográfica que hacen con periodicidad mensual.
- Supervisión de la distribución de las guardias que hacen los residentes.
- Reuniones de tutoría bimensuales con el colectivo de los residentes; duración media de 30 minutos. En ellas se tratan en grupo temas referentes a la formación.
- Sesiones de tutorización individual, de duración aproximada de 20 minutos, con frecuencia deseable trimestral. En ellas se tratan de forma individual aspectos relacionados con la formación.
- Estar a la disposición de los residentes para intentar solucionar cualquier problema concreto que surja en relación con su formación y servir de nexo con el colectivo de facultativos, así como con el jefe de servicio cuando se precise.

8.- ANEXOS

1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Hospitalización

	R1	R2	R3	R4
Realización entrevista clínica	2-3	1-2	1-2	1
Valoración del estado funcional, mental y entorno social del paciente	2-3	1-2	1-2	1
Exploración Física	2-3	1-2	1	1
Indicación de pruebas complementarias básicas	2-3	1-2	1	1
Interpretación de resultados de pruebas complementarias básicas	2-3	2	1	1
Realizar punciones	2-3	2	1-2	1
Realización pruebas como fondo ojo, tacto rectal, espirometrias...	3	2	1-2	1
Elaboración juicio clínico presunción	2-3	2	1	1
Ser capaz de intubar, insertar accesos venosos, realizar RCP avanzada, punciones lumbares	3	3	2-3	1-2
Reconocer enfermedades del paciente	3	2	1-2	1
Realización de Plan terapéutico	2-3	2	1	1
Realización de Informe de Alta	2-3	2	1	1
Informaciones pacientes	2-3	2	1	1
Información familiares	2-3	2	1	1
Manejo situaciones difíciles (malas noticias, autopsias, pacientes violentos)	3	2-3	1-2	1
Información en situaciones al final de la vida	3	2-3	1-2	1
Manejo de enfermedades clínicas prevalentes	3	2-3	1	1
Planificación estructurada de procesos estandarizados	3	2	1	1
Presentación casos clínicos en el servicio	2-3	2	1	1
Presentación en reuniones científicas de fuera del hospital	2-3	2	2-1	1
Impartir enseñanza práctica a los estudiantes	2-3	2	1	1
Solicitud consentimiento informado	2-3	2	1	1
Búsquedas bibliográficas	2-3	2	1	1
Organización curriculum	2-3	2	1	1

2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Consultas Externas

	Nivel de supervisión			
	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y la familia	2-3	1	1	1
Realización correcta de una Hª clínica, orientación global del paciente identificando el motivo de consulta.	2-3	1	1	1
Evaluación estado mental, funcional y entorno social del paciente	2-3	1-2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física específica según la orientación clínica	2-3	2	1	1
Interpretación de resultados	3	2	1-2	1
Elaboración juicio clínico presunción	3	2	1-2	1
Realización de Plan terapéutico	3	2	1-2	1
Realización de Informe de Consultas externas	3	2	1-2	1

3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en la guardia médica

	Nivel de supervisión			
	R1	R2	R3	R4-R5
Presentarse e informar al paciente y la familia	2-3	2	1	1
Realización correcta de una Hª clínica, orientación global del paciente identificando el motivo de consulta.	2-3	2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física específica según la orientación clínica	2-3	2	1	1
Valoración rápida de la gravedad del paciente	3	2-3	1	1
Solicitud e interpretación correcta de la analítica básica en la atención del paciente urgente	2-3	2	1	1
Indicación e interpretación correcta de la radiología simple de tórax y abdomen y/o otras localizaciones	2-3	2	1	1
Indicación e interpretación correcta del ECG, especialmente los que indiquen gravedad (arritmias, sospecha de pericarditis...).	2-3	2	1	1
Iniciarse en las punciones arteriales, venosas, toracocentesis, punción lumbar y artrocentesis.	3	2-3	1-2	1
Sondaje vesical y nasogástrico. Lavado gástrico	3	2-3	1	1
Conocimiento y utilización de monitores. Sistemas de monitorización	2-3	2	1-2	1
Iniciación en la terapéutica de urgencias: sueroterapia, nebulizaciones, oxigenoterapia, indicación de los principales fármacos utilizados en el Área de Urgencias y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada.	2-3	2	1	1
Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según los protocolos del centro y de la sociedad española de infectología pediátrica	2-3	2	1	1
Iniciación de la valoración y tratamiento del paciente politraumatizado (no crítico y crítico).	3	2-3	1-2	1
RCP básica y avanzada.	2-3	2	1-2	1
Toma de decisión del destino del paciente: alta, observación o ingreso.	3	2-3	1-2	1
Realizar un informe de alta o ingreso hospitalario	3	2	1	1