

**SUPERVISIÓN DE RESIDENTES  
EN ANESTESIOLOGÍA Y  
REANIMACIÓN**

Código	DCC-P-029
Versión	01.0
Fecha vigor	17/03/2016
Página	1 de 8

<b>Unidad origen del procedimiento</b>	DOCENCIA POSGRADO
--	-------------------

**APROBACIÓN**

<b>Elaborado:</b>	<b>Revisado:</b>	<b>Visto Bueno:</b>
Nombre: Belén Cobo García M <sup>a</sup> Luz Serrano Rodríguez M <sup>a</sup> Carmen Porras Muñoz	Nombre: Comisión de Docencia	Nombre: Modoaldo Garrido Martín
Puesto: Tutores de Anestesiología	Puesto: Presidenta Comisión	Puesto: Director Gerente
Firma:	Firma:	Firma:

<b>Fecha de aprobación / modificación</b>	17/03/2016
---	------------

**REGISTRO DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha aprobación</b>	<b>Fecha estimada próxima revisión</b>	<b>Razón del cambio</b>
01.0	17/03/2016	17/03/2019	Edición inicial

**DOCUMENTOS RELACIONADOS**

<p>GE Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud.          Programa de formación del residente DCC-P-004          GE Programas formativos de especialidades en ciencias de la salud          Protocolo supervisión residentes Unidad Urgencias DCC-P-009          Memoria del residente DCC-D-006          Evaluación anual DCC-D-008          Informe tutor DCC-D-009          Normativa incidencias guardias residentes DCC-D-015          Guía de protocolos de supervisión DCC-P-010          Miembros de la Comisión de Docencia DCC-D-016</p>
---

**NORMA Y PUNTO DE REFERENCIA**

<p><b>NORMA ISO 9001</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 6.2 Recursos humanos</li> </ul>
---

## ÍNDICE

---

1. OBJETO .....	3
2. ALCANCE .....	3
3. RESPONSABLES .....	3
4. PROCESO .....	3
4.1. INTRODUCCIÓN .....	3
4.2. OBJETIVOS DOCENTES .....	4
4.3. TAREAS Y REONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE .....	4
4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE ANESTESIA .....	7
5. REGISTROS .....	8
6. EVALUACIÓN .....	8
7. CONTROL DE CAMBIOS .....	8

## 1. OBJETO

La supervisión del residente en Anestesiología

## 2. ALCANCE

Unidad de Anestesia y Reanimación

## 3. RESPONSABLES

Comisión de Docencia

Tutores de Anestesiología

Jefe de Unidad de Anestesia y Reanimación

## 4. PROCESO

### 4.1. INTRODUCCIÓN

El sistema formativo de residencia se basa en la asunción progresiva de responsabilidades mediante las cuales el médico residente va adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño de su especialidad. Esta adquisición progresiva de competencias implica que debe existir una supervisión suficiente por parte de residentes más avanzados y de los médicos adjuntos de las Unidades correspondientes.

El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, en el capítulo V artículos 14 y 15, sienta las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista”.

2. “En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten”.

presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal 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”.

, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias”.

5. “Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas (además del grado y de la formación continuada)”.

“De lo anterior deriva un deber general de supervisión inherente por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes”.

6. “Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.”

## 4.2. OBJETIVOS DOCENTES

El residente de Anestesia, durante su formación, debe adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para conseguir alcanzar el nivel requerido de competencia en :

- Consulta y preparación preanestésica
- Cuidado intraoperatorio del paciente y técnicas anestésicas
- Cuidados postoperatorios y manejo del dolor agudo
- Medicina de emergencia : Manejo de situaciones críticas
- Cuidados médicos y perioperatorios del paciente crítico
- Calidad, seguridad y economía de la salud
- Habilidades no técnicas para la anestesia y la reanimación
- Profesionalismo y ética

## 4.3. TAREAS Y REPOSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE

La consecución de estos objetivos del residente de ANESTESIA se organizará siguiendo los criterios de los niveles de responsabilidad que describe el Real Decreto de febrero de 2008 (183/2008), estableciéndose tres niveles de responsabilidad en función del año de Residencia:

**Nivel de responsabilidad 1 o de responsabilidad máxima:** realización en solitario. Son las actividades que el residente puede realizar solo, sin necesitar tutorización directa por un adjunto. Es decir, que el residente realiza la actuación en solitario y después informa a su responsable de lo que ha hecho.

**Nivel de responsabilidad 2 o de responsabilidad media:** realización con ayuda. Formado por las actividades que el residente puede indicar, pero cuya realización debe estar directamente supervisada por el especialista responsable del área específica donde se actúa.

**Nivel de responsabilidad 3 o de responsabilidad mínima:** conocer la técnica o ver cómo se realiza. Son las actividades que son realizadas por el especialista, siendo ayudado por el residente en formación o siendo éste un mero asistente al acto.

La asignación de cada nivel vendrá determinada, no sólo el año de residencia sino por la formación previa del residente, su especialidad de origen o la superación de pruebas o evaluaciones específicas y la valoración de los especialistas, del tutor y del Jefe de Unidad. Aunque es de sentido común, cada profesional sanitario, incluidos los residentes, debe saber cuáles son sus límites en cuanto a conocimientos y habilidades.

### ACTIVIDADES EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD

A lo largo de los cuatro años de la residencia de anestesiología el MIR llevará a cabo dentro del servicio un papel progresivamente mayor desde el punto de vista asistencial, tanto en la actividad diaria, como en el trabajo de la guardia

El carácter progresivo de la formación obliga a establecer niveles de responsabilidad en función de las tareas y técnicas a desarrollar por el residente con diferentes grados de supervisión.

La supervisión decreciente garantiza que el residente progrese en la asunción de responsabilidades.

La autonomía del residente será determinada por el Jefe de Unidad, los tutores y el adjunto responsable en cada momento del residente.

Cumpliendo la normativa del RD 183/2008 para los **residentes de primer año** establecemos dentro del servicio que NO realizará técnicas ni tomará decisión alguna sin consultar y sin la supervisión de un adjunto. Los documentos en los que se puede ver implicado : tratamientos, altas de la Unidad de Reanimación, informes de preanestesia ... serán visados por un

adjunto del servicio.

El resto de los residentes asumirá responsabilidades según el nivel de capacitación que vayan adquiriendo pero siempre con la supervisión en grado mayor o menor de un adjunto responsable.

### **Actividad Programada**

Las áreas en las que los residentes deberán adquirir la competencia quedan reflejadas en este protocolo:

- En la **consulta de preanestesia**, el residente puede llevar a cabo la valoración y preparación de pacientes desde R2 con un nivel de responsabilidad II. El R3 y R4 podrá realizar las actividades de consulta con un nivel de responsabilidad I, siempre que exista un especialista consultor en caso de ser necesario.
- En el **periodo intraoperatorio**: el residente se encargará de la preparación, revisión y puesta a punto del plan anestésico y el material necesario para la aplicación de las distintas técnicas anestésicas, que será realizado bajo la supervisión de un adjunto (nivel II), hasta alcanzar el nivel de responsabilidad I al final de la residencia.
- En el **postoperatorio**, el residente se encargará del cuidado de los pacientes durante su estancia en la Unidad de Reanimación con un nivel de responsabilidad II. Con respecto a los pacientes ingresados en camas de cuidados críticos el residente debe **consensuar** cualquier decisión con el adjunto responsable.
- En la **Unidad de Dolor**, el residente establecerá las pautas adecuadas de analgesia en el tratamiento del dolor agudo y crónico y participará de las distintas técnicas y métodos con nivel de responsabilidad II.
- En el **bloque Obstétrico**, el R1 no debe realizar técnicas de analgesia del parto sin supervisión

Durante la rotación de obstetricia, y cuando, según la gráfica CuSum, se haya alcanzado el grado de habilidad deseado para realizar la técnica, se evaluará siguiendo un formulario que permita verificar que el residente cumple los requisitos y pasos necesarios, consensuados por el grupo de anestesia obstétrica, para asegurar tanto el éxito en la realización de la técnica como la adquisición de conocimientos y actitudes necesarios para garantizar la seguridad de la paciente. Alcanzando un nivel de responsabilidad I, siempre que se trate de pacientes ASA I y II.

En el resto de las actividades en el bloque obstétrico, el nivel de responsabilidad será II, según la decisión del adjunto y la capacitación individual

Los residentes, a partir del segundo año de residencia podrán informar a pacientes obstétricas en charlas comunitarias para explicar la técnica de analgesia epidural, resolver dudas, obtener consentimiento informado, detectando a las pacientes de riesgo para derivación a consulta de preanestesia.

- En la fase **final de la Residencia**, el R4 puede realizar tareas propias de la especialidad con nivel de responsabilidad I, siempre con el consentimiento del Jefe de Unidad y tutor/es y la presencia cercana de uno o varios especialistas que permitan la rápida asistencia al residente en caso de ser necesario.

En los tres últimos meses de la formación no se establece rotación para el MIR, período en que tratará de desenvolverse con total autonomía en cualquier actividad del servicio realizando no sólo las técnicas y habilidades propias de la especialidad sino también la gestión del puesto de trabajo. ( Existe siempre un adjunto responsable localizado )

### **Actividad De Atención Continuada (Guardia)**

Durante los 5 primeros meses de estancia en el hospital, el R1 realizará guardias en el área de Urgencias estando supeditado a la organización y supervisión de los médicos de dicha área

A partir del 6º mes de estancia formativa, el residente se incorporará a la Unidad de Anestesia para realizar las guardias correspondientes.

Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. . La ausencia a una guardia puede ser una falta grave y debe de ser justificada

La Unidad de Docencia establece que el número ideal de guardias anuales del residente es de 55 guardias al año. Ese número permite al residente participar en un adecuado número de actividades de urgencia manteniendo un buen rendimiento en la rotación mensual matutina.

El residente más antiguo será el encargado de distribuir las guardias entre todos los residentes .En la Hoja de “Actividades de la Guardia” deberá aparecer el nombre del residente de guardia.

Las 5 guardias mensuales deberán distribuirse de forma equitativa entre días laborables y de fin de semana de forma que se cubran todos los días del mes

La actividad de la guardia comenzará a las 15 horas (o tras terminar la actividad matutina) en días laborales y a las 9.30 h en días festivos . La guardia finalizará con el “pase del guardia” incluyendo la evolución de los pacientes ingresados en Reanimación, los pacientes pendientes de quirófano, si los hubiera, las pacientes ingresadas en el bloque obstétrico y su evolución y las llamadas de planta en seguimiento por la Unidad de Dolor.

El residente recibirá habitualmente la PRIMERA LLAMADA de todos los procedimientos o consultas que se generen a lo largo de la guardia, ya que el residente, idealmente, debe estar al tanto de todas las actividades que se realicen en la guardia.

Según su grado de autonomía se permitirá al residente la organización de las actividades, en la medida de lo posible.

- **Quirófano de Urgencias** Todas las actividades de anestesia quirúrgica deberán ser comunicadas al equipo de guardia , que decidirá el nivel de supervisión ( Nivel II ó I ) en función de la experiencia y capacitación del residente
- La implicación del residente en la **reanimación** dependerá de su año de formación y será mayor a medida que aumente la misma y vaya alcanzando los objetivos que le capacitan para desarrollar esta actividad ( Nivel II ó I ) .Deberá consultar con el equipo de guardia todas aquellas situaciones clínicas y actividades terapéuticas que puedan poner en peligro la vida del paciente
- El residente de guardia recibirá la primera llamada para la analgesia obstétrica y deberá conocer al menos someramente las pacientes ingresadas en el **Bloque Obstétrico**. El grado de participación en las actividades del bloque obstétrico dependerá del año de residencia; la realización de la epidural obstétrica de forma autónoma dependerá de la

adquisición de la capacitación para la realización de la misma. El R1 no debe realizar técnicas de analgesia sin supervisión y en adelante se alcanzará un nivel de responsabilidad I , siempre que se trate de pacientes grado ASA 1 ó 2

Si coinciden varias actividades simultáneas, los anestesiistas de plantilla de guardia tienen toda la libertad de criterio para decidir cuál es la actividad prioritaria que el residente debe atender en un momento determinado

A lo largo de la guardia se debe garantizar, para la correcta atención de los pacientes, un **adecuado flujo de información entre los miembros del equipo de guardia.**

#### 4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE

Todas las actividades de anestesia quirúrgica o técnica invasiva, tanto en el **bloque quirúrgico** como en el **obstétrico** deberán ser comunicadas al equipo de guardia, el cual decidirá el nivel de supervisión (grado II o I) en función de la experiencia y capacitación del residente:

- Valoración de los pacientes que puedan ser tributarios de una actuación quirúrgica urgente y/o una prueba invasiva urgente. Cualquier procedimiento quirúrgico debe ser supervisado por el Adjunto responsable del paciente.
- La realización de técnicas en las que existan dudas de su indicación o dificultades técnicas en la realización o gestión de las mismas

En la **Unidad de Reanimación** deberá consultar con el equipo de guardia todas aquellas situaciones clínicas y actividades terapéuticas que puedan poner en peligro la vida del paciente

- Pacientes en situación inestable o crítica.
- IOT de urgencia en paciente crítico
- Parada y reanimación cardiopulmonar,
- Arritmias ventriculares graves,
- Shock persistente, .
- Traslado de pacientes a otros centros hospitalarios
- Valorar ingresos en REANIMACIÓN desde planta o urgencia : Realizar una valoración rápida de la gravedad del paciente ,para avisar al adjunto de inmediato en caso de gravedad

En la **urgencia obstétrica** el residente siempre debe ser supervisado por un adjunto con nivel de responsabilidad II

Con independencia del año de residencia se avisará al adjunto responsable, en todas aquellas situaciones, que durante la guardia puedan llevar a la llamada al Jefe de Hospital, o en las que se produzcan conflictos en relación con pacientes o familiares, con repercusión judicial- legal

## 5. REGISTROS

Memoria del residente

Informe del tutor

Valoración de la docencia

Registro incidencias

## 6. EVALUACIÓN

No aplica

## 7. CONTROL DE CAMBIOS

No aplica