

Código	DCC-P-030
Versión	01.0
Fecha vigor	31/03/2016
Página	1 de 7

Unidad origen del procedimiento	DOCENCIA POSGRADO
--	-------------------

APROBACIÓN

Elaborado:	Revisado:	Visto Bueno:
Nombre: Alberto Barasoain Millán David Crespo Marcos Manuela Martínez Campos	Nombre: Comisión de Docencia	Nombre: Modoaldo Garrido Martín
Puesto: Tutores de Pediatría	Puesto: Presidenta Comisión	Puesto: Director Gerente
Firma:	Firma:	Firma:

Fecha de aprobación / modificación	31/03/2016
---	------------

REGISTRO DE CAMBIOS

Versión	Fecha aprobación	Fecha estimada próxima revisión	Razón del cambio
01.0	31/03/2016	31/03/2019	Revisión del documento

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

Código	DCC-P-030
Versión	01.0
Fecha vigor	31/03/2016
Página	2 de 7

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 RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE	4
4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE PEDIATRÍA	6
5. REGISTROS.....	7
6. EVALUACIÓN	7
7. CONTROL DE CAMBIOS	7

Código	DCC-P-030
Versión	01.0
Fecha vigor	31/03/2016
Página	3 de 7

1. OBJETO

La supervisión del residente en Pediatría y sus áreas específicas

2. ALCANCE

Unidad de Pediatría

3. RESPONSABLES

Comisión de Docencia

Tutores de Pediatría

Jefe de Unidad de Pediatría

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”.

3. “La

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”.

4. “La supervisión decreciente de los residentes a , 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 Pediatría y sus Áreas específicas durante su formación, debe adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para alcanzar el nivel de competencia requerido en:

- ✓ Consulta de patología más frecuentes en el paciente pediátrico en las diferentes áreas de especialización.
- ✓ Realización de historias clínicas, conocimiento de las herramientas diagnósticas adaptadas a la consulta de cada subespecialidad.
- ✓ Manejo y atención inicial de las urgencias pediátricas de cualquier tipo y gravedad.
- ✓ Tratamiento y manejo de los pacientes ingresados en la planta de Hospitalización. Realización de altas.
- ✓ Atender y reanimar neonatos en la sala de paritorio.
- ✓ Explorar y certificar al neonato sano previo a su alta domiciliaria.
- ✓ Diagnosticar y tratar las principales patologías en el neonato.
- ✓ Desarrollar habilidades técnicas en el diagnósticos de patologías frecuentes (drenajes pleurales, punción lumbar,...)
- ✓ Aprender empatía, inteligencia emocional y habilidades sociales en el trato cotidiano con el pacientes, especialmente con familias conflictivas, desfavorecidas o con carencias recurriendo a recursos de carácter social.

4.3. TAREAS Y REPOSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE

La consecución de estos objetivos del residente de Pediatría 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 DE CADA AÑO DE RESIDENCIA EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Residentes de 1º año:

Urgencias: La supervisión de residentes de primer año (nivel de responsabilidad II-III) será de presencia física y será llevada a cabo por los médicos Adjuntos de la Urgencia pediátrica, sin perjuicio del apoyo docente que les presten los Residentes mayores. Los mencionados Especialistas visarán por escrito las altas, bajas, formularios de Urgencias y de tratamientos y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los Residentes de primer año.

Hospitalización: Además de las historias clínicas de cada paciente, el residente de 1er año como parte de su aprendizaje puede realizar anotaciones en la historia clínica electrónica, solicitudes de pruebas complementarias y cumplimentar hojas de tratamiento informatizadas con nivel de responsabilidad II.

Neonatología: El residente de primer año realizará como parte de su formación el pase de planta de neonatología de los pacientes en cuidados medios y mínimos (nivel de responsabilidad II) y deberá prestar atención y colaboración con el adjunto o residente mayor en el tratamiento del paciente en cuidados intensivos neonatales (nivel de responsabilidad III).

Código	DCC-P-030
Versión	01.0
Fecha vigor	31/03/2016
Página	5 de 7

En la planta de maternidad, los residentes de primer año realizan la primera exploración perinatal de pacientes sanos con nivel de responsabilidad II siempre asistidos por los adjuntos del área. No podrán dar altas de manera autónoma.

En relación con las técnicas, el residente de primer año son orientados a la práctica de las técnicas más sencillas (punción lumbar, canalización venosa umbilical,...) supervisados de manera cercana por el medico responsable del área.

Residentes de 2º año:

Urgencias: Los residentes de 2º año y superiores han adquirido una experiencia clínica y habilidades diagnósticas y terapéuticas que permiten aplicar a su supervisión el carácter progresivamente decreciente previsto en el Decreto citado, y que dicha supervisión no sea tan estrecha como durante el primer año. Por tanto, podrán ejercer con nivel de responsabilidad I las tareas de atención, valoración, solicitud de pruebas diagnósticas y tratamiento de aquellos pacientes estables y sin necesidad de soporte vital urgente. Para la realización de parte judiciales, la comunicación con forenses y jueces en el contexto de situaciones de maltrato físico o psicológico, seguirá siendo necesaria la supervisión con el médico adjunto. Los Adjuntos de la Urgencia pediátrica deberán estar en todo momento localizados y a disposición de estos residentes quienes deberán realizar una primera valoración independiente.

Hospitalización: Además de las atribuciones ya contenidas en el primer año de residencia, el R2 puede firmar informes de alta junto con el médico adjunto encargado del paciente. Por tanto, la supervisión de residentes de segundo año se llevará a cabo por los médicos Adjuntos de la Unidad sin perjuicio del apoyo docente que les presten los Residentes mayores. Dentro del modelo de responsabilidad decreciente, los residentes de segundo año pueden realizar técnicas sencillas (punción venosa, punción lumbar, suturas) (nivel de responsabilidad I) y contar con el apoyo didáctico de médicos adjuntos para otras de mayor complejidad (pleurocentesis, tubo torácico, intubación) (Nivel responsabilidad II)

Neonatología: En la unidad neonatal, los residentes de segundo año inician su aprendizaje en cuidados intensivos neonatales adquiriendo competencias diagnósticas y terapéuticas en la mayoría de patologías en el periodo neonatal pero en este año siempre reciben supervisión directa por el médico adjunto responsable del área.

Es necesario remarcar el capítulo de la **asistencia a partos de riesgo o patológicos**. Esta actividad asistencial es una más en las que la supervisión de los médicos Especialistas del Área debe ser decreciente a medida que el Residente avance en la adquisición de los conocimientos y habilidades previstas para una correcta reanimación neonatal en sala de partos. A esos efectos, los “residentes menores” no acudirán solos a una reanimación neonatal, y para hacer guardia de Planta y Neonatología y por lo tanto acudir en primera instancia a sala de partos, se requerirá ser “residente mayor”, entendiendo esta condición como “Residente de 3º o 4º año, o Residente de 2º año que ya haya realizado la rotación completa por Neonatos del HUFA, y la rotación completa por la UCI Neonatal Terciaria asociada con la Unidad Docente del HUFA”.

En concreto, se establece la siguiente normativa:

- ✓ En **partos de riesgo no elevado**: cesáreas por no progresión, prematuros (gemelos o no) de más de 34 semanas, sospecha de malformaciones fetales menores, etc.: **acudirá durante la Guardia el Residente mayor, y avisará al Adjunto ante cualquier amenaza o sospecha de problema mayor.**
- ✓ En partos de alto riesgo: alto riesgo de pérdida de bienestar fetal, prematuros de menos de 34 semanas, malformaciones mayores, trillizos, sospecha de gravedad fetal: **acudirá el Residente mayor quien avisará al Adjunto al enterarse de la gravedad de la situación esperada.**

Consultas externas: Es en el ámbito de las Consultas Externas donde el Residente va a recibir una formación más específica en las distintas especialidades pediátricas que componen el Programa formativo de la Pediatría. No es habitual que un Residente de primer año rote por las Consultas de Pediatría, sino que lo hagan en los años sucesivos de su especialización. Por estos motivos, en las Consultas de Pediatría del HUFA la supervisión tiene un matiz diferenciado, es muy individual, personalizada y cercana, y en ellas la asunción de responsabilidades se da de una manera creciente y madura.

Con respecto a las anotaciones en la Historia clínica por parte de los Residentes, valen las consideraciones y disposiciones referidas anteriormente para la Planta de Pediatría. No obstante, en el ámbito de Consultas Externas, los **Informes** y las **Notas de Asistencia entregadas al paciente** son un documento asimilado al Informe de Alta de Urgencias o de Hospitalización, y se aplicará para su elaboración y supervisión la misma operativa que para este último, es decir, aunque sean firmados por un Residente deberá constar también el nombre del Especialista supervisor.

Código	DCC-P-030
Versión	01.0
Fecha vigor	31/03/2016
Página	6 de 7

Residentes de 3º y, 4º año:

Urgencias: Los residentes de 3er y 4º año deben ser competentes para la atención urgente de la mayor parte de las patologías que acuden al Servicio de Urgencia (nivel de responsabilidad I) siempre contando con la cercana supervisión que realizan los adjuntos de Urgencias de Pediatría. También los especialistas de otras áreas llegado el caso de contacto directo o telefónico estarán disponibles para resolver cuestiones clínicas planteadas por los residentes, supervisando de manera verbal o por escrito las altas cuando así sean requeridos por éstos. Este grado de supervisión se establece para la mayor parte de las pruebas y técnicas diagnósticas y terapéuticas excepto en aquellas que suponen un riesgo vital para el paciente y se practica en el box de resucitación.

Hospitalización: El residente de 3er año ejerce con responsabilidad nivel II la mayor parte de las funciones y actividades en la Planta de Hospitalización. El residente de 4º año en sus últimos 4 meses de residentes es capaz de dar altas, coordinar la atención y prescribir los tratamientos necesarios de de manera autónoma (nivel I de responsabilidad)

Neonatología: En la unidad neonatal, los residentes de 3er y 4º tienen un manejo más fluido y son capaces de plantear tratamientos y pruebas terapéuticas a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (nivel II de responsabilidad)

El Residente de 4º año que esté realizando la especialidad (o área de capacitación específica) de Neonatología, a los efectos de las reanimaciones neonatales, durante sus últimos 4 meses tendrá la misma consideración de un Adjunto, por lo que inicialmente podrá atender cualquier urgencia perinatal que se le presente, y llamará al Especialista cuando lo considere adecuado para una correcta atención de dicha urgencia.

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

En cualquier caso, pese al incremento progresivo del nivel de responsabilidad del residente, el Adjunto deberá tener conocimiento de los pacientes en situación inestable o crítica, los pacientes que puedan ser tributarios de una actuación quirúrgica urgente y/o una prueba invasiva urgente, o cuando sea precisa la mediación o interlocución con un Staff de otro Servicio si existen discrepancias de criterios.

Del mismo modo, el Adjunto deberá ser puesto en conocimiento y supervisar la actuación en:

- Realización de técnicas (intubación, reanimación cardiovascular, colocación de drenajes y vías de acceso venoso central) que impliquen un riesgo vital para el paciente.
- Emisión de partes de valoración lesiones o daños corporales u otros documentos legales.
- Realización de partes de defunción.
- En el contacto con los agentes de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado o Protección Civil.
- En la autorización y gestión del traslado a otras unidades o centros hospitalarios.
- En situaciones de conflictos éticos o morales planteados por el paciente o sus familiares.
- Comunicación con el Jefe de Hospital para asuntos de relevancia clínica y asistencial.

Código	DCC-P-030
Versión	01.0
Fecha vigor	31/03/2016
Página	7 de 7

5. REGISTROS

Memoria del residente
Informe del tutor
Valoración de la docencia
Registro incidencias

6. EVALUACIÓN

No aplica

7. CONTROL DE CAMBIOS

No aplica