

# **PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE GUARDIA DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA**

---

## **1.-OBJETIVO DEL DOCUMENTO**

Este documento está dirigido a los residentes de Pediatría que realizan guardias de atención continuada en el servicio de Pediatría, tanto residentes de Pediatría del Hospital Universitario Infanta Sofía, como rotantes externos (R1 de Pediatría del Hospital La Paz).

Este protocolo se ha elaborado en cumplimiento de los artículos 14 y 15 del capítulo V del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

El contenido del mismo será revisado cada año, sobre todo en lo referente a los aspectos organizativos de los residentes en la Urgencia.

## **2.-DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS, ÁREAS Y FUNCIONES**

La prestación de servicios en concepto de atención continuada contribuye a garantizar la formación integral del residente y el funcionamiento permanente de las instituciones Sanitarias. Se considera un elemento clave en el proceso de aprendizaje y en la asunción de responsabilidades, teniendo un carácter obligatorio y docente, siendo supervisadas por los colaboradores de las unidades asistenciales.

### **URGENCIA DE PEDIATRÍA**

La urgencia pediátrica del Hospital Infanta Sofía presenta puerta única para los pacientes en el rango de edad establecido (en el momento actual, menores de 16 años), por lo que se valoran patologías médicas, traumatológicas y quirúrgicas. El área de Urgencias es específica para la atención de niños, con entrada independiente de los adultos.

La Urgencia de Pediatría se encuentra en la planta baja del Hospital. Cuenta con una sala de espera propia, 5 salas o despachos de atención, 1 sala de aislados, 1 sala de psiquiatría infantil, 1 salas de sillones (triples), 1 sala para Neonato infectado, 1 sala para Neonato sano, 2 salas de RCP pediátrica y un área de observación infantil con 7 dependencias o salas individuales que se pueden hacer dobles en caso de necesidad.

Los pacientes son triados por enfermería siguiendo la clasificación de modificada del sistema Canadiense.

### **PARITORIO**

Situado en la torre 3, 2ª planta. Está compuesto por 7 paritorios, 2 salas de dilatación y 1 quirófano, con sus respectivas cunas de reanimación.

### **PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN (PEDIATRIA, NEONATOLOGÍA Y MATERNIDAD)**

El Servicio de Pediatría cuenta con varias zonas de Hospitalización:

- **Hospitalización Pediátrica:** Situado en la torre 2, 4ª planta. Consta de 18 habitaciones dobles (deseable uso individual) para lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, donde se atiende todo tipo de patología.
- **Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios:** Situado en la torre 2, 4ª planta. Consta de 6 puestos donde se atiende a niños en situación inestable que precisen monitorización con asistencia respiratoria invasiva y no invasiva.
- **Hospitalización Neonatal:** Situado en la torre 2, 4ª planta. Dotado con 14 puestos (6 cuidados especiales, 2 aislados y 6 cuidados intermedios).
- **Hospitalización de Obstetricia:** Situado en la torre 3, 4ª planta, unidad de hospitalización obstétrica-ginecológica. Consta de 29 camas y 2 salas de exploración neonatológica.

### **DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE GUARDIA**

Se recomienda que el número de guardias realizado por el residente sea entre 4 y 6 guardias mensuales en turnos de 17 y 24 horas, nunca rebasará el máximo establecido por ley (7 guardias al mes). La distribución de las guardias dependerá del número de residentes. En caso de rotación en otro centro hospitalario, se contempla la posibilidad de realizar guardias en ambos centros, sin exceder el número máximo de guardias establecidos.

Las guardias de lunes a viernes se inician a las 15 horas y finalizan a las 8 horas del día siguiente (9h si es sábado); sábados, domingos y festivos son de 9 a 9 horas del día siguiente.

Se contempla la posibilidad de que el número de residentes de guardia sea dos, pudiendo ser R1 / R2 Familia / R1 Hospital La Paz + R 1,2,3,4 Pediatría.

En general, no coincidirán dos residentes MIR del mismo año por guardia y en ningún caso dos R1. En cuatro años se prevé un máximo de 8 residentes, de tal modo que podrían coincidir dos residentes por guardia, preferentemente serían R1+R4, R1+R3, R2+R3, R2+R4. En el caso de coincidir con un residente de familia, se intentará

organizar para que las guardias coincidan R2 de familia con R1 de pediatría o R1 de familia con R2 o más de pediatría; previo acuerdo con los tutores.

La planificación de las guardias se hará de acuerdo con los tutores y se establecerá con, al menos, un mes de antelación. La distribución de las guardias de los residentes será supervisada principalmente por los 4 tutores, podrá ser cambiada en función de la demanda asistencial o incidencias de última hora. Los residentes asumirán la normativa de las Unidades o Centros en los que realicen guardias, obligatorias o libres, durante su periodo formativo. En caso de precisar cambio de guardia será solicitado en el documento oficial, en tiempo y forma, siendo preciso la aceptación del tutor.

#### De lunes a viernes.

Para la atención en todos los ámbitos se establece la presencia de 3 adjuntos, con atención preferente en la Urgencia, acudiendo al resto de dispositivos (paritorio o plantas de hospitalización) en función de la llamada del personal de enfermería.

Los residentes prestarán, así mismo, atención en Urgencias de manera preferente.

A partir de R2, el residente de pediatría (tras rotación por unidad de Neonatología) portará el busca 1 para atender, bajo visado del Adjunto y en función del grado de competencia, las llamadas que surjan.

#### Fines de semana y festivos

En caso de haber un R1, éste prestará atención en Urgencias. En este caso, un adjunto pasará las plantas de hospitalización. En caso de haber un R2 prestará atención en Urgencias de manera preferente, aunque podrá subir a pasar los casos más interesantes de la planta de hospitalización pediátrica, bajo supervisión de uno de los adjuntos de guardia. El resto de adjuntos continuarán con la atención y supervisión del residente que se quede en Urgencias. En caso de coincidencia de 2 residentes, el de menor año se quedará en la Urgencia y el de mayor año de residencia subirá a pasar las plantas. En el caso de un R3 y/o R4, por la mañana pasarán la planta de hospitalización pediátrica y neonatología, y posteriormente continuarán con la atención en Urgencias según el esquema anterior. Un adjunto será el referente para el R3 y/o R4 cuando lo solicite o bien si la carga asistencial lo hiciera necesario.

### **3.-FUNCIONES DE LOS RESIDENTES EN LAS GUARDIAS**

Las funciones del médico interno residente variarán según vayan adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

Las siguientes condiciones, sin excluir otras posibles, son de **obligada notificación al adjunto**, independientemente del año de residencia o especialidad (familia, externo o pediatría):

1. Cualquier situación de emergencia vital:
  - Parada cardiorrespiratoria o riesgo vital.
  - Sepsis.
  - Inestabilidad hemodinámica.
  - Depresión neurológica grave (coma, intoxicación y otras).
  - Insuficiencia respiratoria grave.
  - Cualquier otra que ofrezca duda o al llegar al límite de sus posibilidades diagnósticas o terapéuticas.
2. Sospecha de abuso sexual, maltrato, lesión objeto de denuncia a la Policía o al Juzgado, exitus o cualquier otra situación que requiera la realización de un parte de lesiones. En este supuesto los informes de alta serán visados por escrito por el Médico Adjunto responsable, independientemente de la categoría del Residente.
3. Reanimación en paritorio que suponga un nivel de intervención superior a lo establecido para cada nivel de supervisión.
4. Traslado a otro centro.
5. Problemas en la relación médico-paciente con los padres o tutor del menor. Situaciones especiales con pacientes o familiares conflictivos o cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez.
6. Circunstancias clínicas que requieran la participación del Jefe de Hospital.

### **3.1. RESIDENTES DE PEDIATRÍA EXTERNOS (R1 DE LA PAZ)**

Los residentes de pediatría de primer año del Hospital Infantil La Paz, acuden exclusivamente a la guardia durante 2 meses, realizando 4-5 guardias en ese periodo, compatibilizándolas con las de su hospital de referencia.

Los rotantes externos de La Paz atenderán en la Urgencia los pacientes por orden de gravedad, aunque este primer año atenderán los pacientes clasificados como IV o V (Sistema canadiense Modificado), con la supervisión de un adjunto.

Estos residentes no serán responsables de los pacientes que queden en la observación de una guardia a otra, pero sí de los pacientes a su cargo en observación, hasta el alta o bien hasta su ingreso. Las funciones del médico interno residente variarán según vayan adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

### **3.2. RESIDENTES DE PEDIATRIA (POR AÑO DE ESPECIALIDAD)**

En general, a lo largo de todo el periodo formativo, se deben adquirir ciertas capacidades:

- Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada.

- Identificar los problemas de salud del paciente, realizar una correcta historia clínica, exhaustiva exploración física, solicitud e interpretación de las pruebas complementarias necesarias, realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado, así como la elaboración de un informe de alta.
- Adecuar la acción más apropiada para cada problema y cada paciente o familia.
- Informar y educar según las necesidades de cada paciente.
- Utilizar de forma adecuada el tiempo y los recursos sanitarios.
- Adquirir las habilidades necesarias para una buena comunicación médico-paciente.

El médico residente como médico en formación, tiene derecho a recibir docencia y supervisión, pero también tiene el deber de prestar una labor asistencial en el servicio de Urgencias por tener una relación laboral contractual con el hospital o dispositivo equivalente. De forma específica se pasa a detallar los contenidos formativos de competencias a adquirir por año de residencia, en las diferentes unidades.

### **Residentes de primer año:**

#### **Ámbito Urgencias**

- Realizar una correcta historia clínica y completa exploración del paciente.
  - Iniciarse en el sistema de triaje
  - Conseguir el aprendizaje de las aplicaciones informáticas existentes (SELENE).
  - Realizar la valoración inicial del paciente.
  - Apoyar en las maniobras de un soporte vital básico.
  - Emitir un juicio clínico de presunción.
  - Proponer un plan de actuación y valorar necesidad de pruebas complementarias.
  - Ser capaz de valorar los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento.
  - Iniciarse en la realización de procedimientos diagnósticos.
  - Informar de forma adecuada al paciente y sus familiares de la primera impresión clínica, de las actuaciones a seguir y de la estancia del paciente en la urgencia.
- Atender en la Urgencia los pacientes clasificados como IV o V (Sistema canadiense modificado), por orden de gravedad.
- Atender a pacientes clasificados como III, a partir del segundo mes de guardias.
  - Observar la atención del paciente grave II o I y prestar ayuda en las maniobras básicas de RCP si el adjunto responsable lo decide.
  - Estos residentes no serán responsables de los pacientes que queden en la observación de una guardia a otra, pero sí de los pacientes a su cargo que ingresen en la misma, hasta el alta o bien hasta su ingreso.
  - Si algún paciente precisara una punción lumbar u otra técnica diagnóstica invasiva, estarán presentes en la realización de la misma. Tras visualizar al menos 2 procedimientos, podrán proceder a su realización si el adjunto responsable lo decide

(con un máximo de 2 intentos).

- Observar los procedimientos de sedación.
- No podrá ser firmante de parte de lesiones ni informes de defunción. Las altas las firmarán conjuntamente con el adjunto que les haya supervisado.

#### **Ámbito Hospitalización**

- Acompañar al adjunto responsable si la guardia lo permite en las llamadas de planta que precisen valoración.

#### **Ámbito Paritorio**

- No estará de primera llamada.
- El residente acompañará al adjunto a paritorio siempre que las necesidades de asistencia en urgencias lo permitan. Inicialmente observará la actuación del adjunto. A medida que vaya adquiriendo formación (rotación Neonatología, formación en reanimación cardiopulmonar completa neonatal en sala de partos) podrá empezar a colaborar en las tareas de reanimación, siempre bajo supervisión presencial del adjunto.
- Participará en la elaboración de nota por escrito en la historia clínica del RN en la que se recogen tanto la actuación en paritorio como los antecedentes obstétricos de interés.

#### **Residentes de primer año, rotantes externos de la Paz:**

##### **Ámbito de Urgencias:**

- El residente externo de Pediatría estará preferentemente en el área de Urgencias, y tendrá los mismos objetivos que el residente de primer año de nuestro hospital.

##### **Ámbito de Hospitalización/Paritorio:**

- Podrá acompañar al adjunto a paritorio o Planta de Hospitalización siempre que las necesidades de asistencia en urgencias lo permitan, para observar la actuación del adjunto.

#### **Residentes de segundo año:**

##### **Ámbito Urgencias:**

- Estará de primera llamada salvo para pacientes clasificados como II o I.
- Gestionar de manera autónoma la solicitud de pruebas diagnósticas básicas y adquirir mayor independencia en la solicitud de pruebas especiales.
- Indicar tratamiento en las patologías de nivel IV y V, y bajo supervisión en los niveles III y II.
- Adquirir mayor habilidad en la realización de procedimientos diagnósticos.
- Participar, siempre que sea requerido, en la reanimación de pacientes críticos.
- Realizar interconsultas a otras especialidades así como derivación a consultas externas,

previa consulta con adjunto responsable.

- Ser responsable de los pacientes a su cargo que pasen a la observación, así como de pautar, con supervisión, el tratamiento de los pacientes a su cargo que ingresen.
- Realizar las punciones lumbares, bajo supervisión del adjunto.
- Observar los procedimientos de sedación.

#### **Ámbito Hospitalización:**

- Estará de primera llamada de las consultas de planta y maternidad, siendo supervisada su actuación por un adjunto.
- Modificar los tratamientos si hace falta y escribir el evolutivo de los pacientes que precisen valoración durante la guardia.

#### **Ámbito de Paritorio:**

- Estará de primera llamada.
- Acudir sólo al paritorio (siempre que el motivo de llamada no sea de gravedad y siempre informando al adjunto de que acude a paritorio), solicitar ayuda siempre que lo considere necesario y de forma sistemática, siempre que el RN necesite reanimación con PPI o superior.
- Elaborar la nota por escrito en la historia clínica del RN en la que se recogen tanto la actuación en paritorio como los antecedentes obstétricos de interés.

#### **Residentes de tercer año**

##### **Ámbito Urgencias:**

- Realizar de forma autónoma, la historia clínica, exploración física, solicitar las pruebas complementarias y administrar el tratamiento en niveles V-III, en los niveles II-I deberán informar al adjunto responsable de las medidas tomadas, en nivel I siempre bajo supervisión directa de un adjunto.
- Solicitar la ayuda del adjunto o supervisión directa del adjunto en todas aquellas situaciones que considere necesario.
- Realizar sedaciones en la Urgencia bajo supervisión directa de un adjunto.
- Participar activamente en las maniobras de RCP avanzada.
- Realizar interconsultas a otras especialidades así como derivación a consultas externas.
- Firmar informes en pacientes de todos los niveles, salvo las excepciones generales.

##### **Ámbito Hospitalización:**

- Serán primera llamada de las consultas de planta y maternidad, siendo supervisada su actuación por un adjunto siempre que lo solicite.

**Ámbito de Paritorio:**

- Estará de primera llamada.
- Acudir sólo al paritorio (siempre que el motivo de llamada no sea de gravedad y siempre informando al adjunto de que acude a paritorio), solicitar ayuda siempre que lo considere necesario y de forma sistemática siempre que el RN necesite reanimación superior a PPI (podrá administrar PPI sin supervisión).
- Elaborar la nota por escrito en la historia clínica del RN en la que se recogen tanto la actuación en paritorio como los antecedentes obstétricos de interés.

**Residentes de cuarto año**

**Ámbito Urgencias:**

- Adquirir mayor autonomía actuando de manera directa y siendo, si es requerida, la supervisión a posteriori.
- Llevar a cabo de manera completa la atención del paciente pediátrico en urgencias, clasificado con nivel II a IV y bajo supervisión en aquellos de nivel I.
- Participar en las maniobras de RCP avanzada siempre bajo supervisión de un adjunto.
- Realizar sedaciones en la Urgencia de forma autónoma, solicitar la ayuda de un adjunto si así lo requieren.
- Comunicar siempre al adjunto responsable de la Urgencia, las situaciones especiales, con enfermos o familiares conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez.
- Firmar informes de alta y partes de lesiones en todos los niveles, solicitar la ayuda de un adjunto si así lo requieren.

**Ámbito Hospitalización:**

- Estará de primera llamada de las consultas de planta y maternidad, siendo supervisada su actuación por un adjunto siempre que lo solicite.

**Ámbito de Paritorio:**

- Estará de primera llamada.
- Acudir sólo al paritorio, solicitar ayuda siempre que lo considere necesario y de forma sistemática siempre que el RN necesite reanimación superior a PPI (podrá administrar PPI sin supervisión).
- Realizar maniobras de reanimación neonatal que incluyan intubación, siempre tras ponerlo en conocimiento de un adjunto, para reanimaciones superiores que precisen de masaje cardiaco o administración de fármacos/fluidos deberá avisar a un adjunto.
- Elaborar la nota por escrito en la historia clínica del RN en la que se recogen tanto la actuación en paritorio como los antecedentes obstétricos de interés.

Indicar por escrito, si el RN precisa alguna prueba complementaria o tratamiento.

### **Independientemente del año de residencia:**

Todos los residentes deberán mantener informados, de forma periódica, al paciente y/o familia de las pruebas, diagnóstico y evolución en la Urgencia, pudiendo solicitar ayuda del adjunto si es preciso. Los ingresos serán comunicados siempre a un adjunto responsable de la Urgencia. Todos los residentes tienen el deber y obligación de poner en conocimiento del adjunto de Urgencia las situaciones conflictivas, pacientes en situación de gravedad o inestabilidad hemodinámica o en riesgo vital. Para garantizar una adecuada supervisión, se establecen diferentes mecanismos de control:

- Se mantendrá una breve reunión con los adjuntos de la Urgencia tras la cena (23-00h, aproximadamente) para comentar los pacientes que el residente esté atendiendo o los que estén en la observación, para poder aclarar posibles dudas o poder detectar y solucionar posibles problemas.
- En las guardias de festivo, se realizará la misma labor en el tiempo de la comida.

Los pases de guardia se realizan diariamente a las 15 horas y a las 8 o 9 horas, según sea día de diario o festivo. Al término de la guardia (pase de guardia, sesión clínica de la mañana), todos los residentes tienen el deber de presentar/comunicar un evolutivo final de cada paciente valorado por ellos, comentando un juicio clínico y un plan de actuación en las siguientes horas, así como de las pruebas complementarias de las que esté pendiente o haya solicitado. El residente de pediatría será el encargado de hacer el pase de guardia durante la sesión clínica de la mañana, siempre bajo la supervisión del adjunto.

Se considera que este acto tiene gran importancia como elemento de supervisión y de docencia, ya que el residente debe ser capaz de comentar con precisión y concreción los casos atendidos, así como argumentar las decisiones adoptadas.

### **4.- DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SUPERVISIÓN**

La formación del residente implica la asunción progresiva de responsabilidades y autonomía. El aumento del nivel de responsabilidad supone que la supervisión será decreciente a medida que se avance en la adquisición de conocimientos y competencias previstas en su formación. La evolución en las competencias de cada residente debe ser dinámica y valorada a lo largo de los 4 años formativos.

Para graduar los niveles de supervisión empleados en la mayoría de protocolos de supervisión consideraremos:

**-Nivel-1 de supervisión** (supervisión a demanda): actuaciones o actividades realizadas directamente por el residente sin tutorización directa o permanente por el facultativo,

el residente ejecuta y después informa, aunque puede solicitar supervisión cuando lo estime oportuno o exista alguna duda o situación especial.

**-Nivel-2 de supervisión** (supervisión directa o indirecta): actividades realizadas por el residente bajo supervisión del facultativo, que será de presencia física o diferida en función de cada circunstancia. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente.

**-Nivel-3 de supervisión** (supervisión directa y máxima, de presencia física): actividades realizadas por el facultativo que serán asistidas/observadas en su ejecución por el residente. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones pero ninguna experiencia.

En este documento se establecen los Niveles de Supervisión para cada actividad formativa, así como la progresión en la reducción de los mismos a lo largo de los distintos periodos formativos.

En términos generales podemos decir que:

- La supervisión de residentes de primer año ha de ser siempre de presencia física.
- La supervisión de los residentes a partir del segundo año de formación, irá decreciendo de forma progresiva.
- La supervisión de los residentes mayores de R2 que se encuentren en un ámbito distinto al adjunto, puede realizarse a través del teléfono (por ejemplo entre planta y urgencia) si la condición lo permite.
- Existen actividades/ procedimientos que, por su naturaleza o complejidad, se mantienen con un nivel máximo de supervisión a lo largo de toda la rotación.
- El paso de un nivel de supervisión 3 a 2, o de un nivel 2 a 1 será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y las características individuales del residente (posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica).
- Todo residente, independientemente de su experiencia o año de formación, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los facultativos de guardia.

## **5.-GRADO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES EN LAS GUARDIAS:**

### **5.1. Supervisión de Residentes externos, R1 de la Paz:**

**La supervisión del residente de primer año siempre será de presencia física.**

Dado que los rotantes externos comienzan a rotar en nuestro hospital a partir por lo menos de su 4º mes de residencia en el Hospital La Paz, la supervisión se podrá realizar bien mediante observación directa (el residente ve lo que hace el adjunto) o preferentemente, intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades bajo la supervisión del adjunto, que permanece en la misma sala o en una consulta cercana). El residente llama al paciente que está en la sala de espera, realiza la historia clínica y la exploración, que será supervisado por el adjunto. Toda la historia clínica que realice el residente de primer año, así como las pruebas complementarias y el tratamiento, serán visados por el adjunto/s encargados de su supervisión del área correspondiente de la Urgencia. En todo caso, aunque el residente los firme, **los adjuntos de la Urgencia visarán por escrito las altas** y otros documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las interconsultas a otros especialistas serán siempre validadas por el adjunto supervisor; dentro de su formación, el residente debe ir aprendiendo a explicar de forma concisa el motivo de la interconsulta, por lo que podrán realizar la llamada siempre identificándose como residente de primer año e identificando el adjunto que ha realizado la supervisión.

Como norma general, las actividades tendrán los siguientes niveles de supervisión:

- Historia clínica y exploración: Nivel 3-2.
- Solicitud de pruebas Básicas (Rx simple, EKG y analítica básica): Nivel 3-2.
- Solicitud de pruebas diagnósticas especiales (Ecografía, TAC, RMN, endoscopia, punciones): Nivel 3.
- Realización de procedimientos diagnósticos: Nivel 3 que pasará a 2 (según indicación del adjunto que supervise el procedimiento).
- Indicación y validación de tratamientos: Nivel 3-2.
- Indicación de ingreso: Nivel 3.
- Decisión de alta hospitalaria: Nivel 3 que pasará a 2 (se requiere el visado por escrito del adjunto en el informe de alta).
- Solicitud de interconsultas a otras especialidades o derivación a consultas externas: Nivel 3.
- Valoración de neonato (< 1 mes): Nivel 3.
- Realización de sedaciones: Nivel 3.
- Información a pacientes y familiares: Nivel 3 que pasará a 2.
- Traslados o derivaciones a otros hospitales/llamadas servicios de emergencias: Nivel 3.

## 5.2-Supervisión de Residentes de Pediatría de primer año:

### **La supervisión del residente de primer año siempre será de presencia física.**

Durante los primeros 3 meses verá conjuntamente con el adjunto todos los pacientes para familiarizarse con las situaciones más frecuentes, asumiendo de forma progresiva mayor autonomía. Posteriormente la supervisión se podrá realizar bien mediante observación directa (el residente ve lo que hace el adjunto) o preferentemente, intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades bajo la supervisión del adjunto, que permanece en la misma sala o en una consulta cercana).

El residente llama al paciente que está en la sala de espera, realiza la historia clínica y la exploración, que será supervisado por el adjunto. Toda la historia clínica que realice el residente de primer año, así como las pruebas complementarias y el tratamiento, serán visados por el adjunto/s encargados de su supervisión del área correspondiente de la Urgencia. En todo caso, aunque el residente los firme, **los adjuntos de la Urgencia visarán por escrito las altas** y otros documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las interconsultas a otros especialistas serán siempre validadas por el adjunto supervisor; dentro de su formación, el residente debe ir aprendiendo a explicar de forma concisa el motivo de la interconsulta, por lo que podrán realizar la llamada siempre identificándose como residente de primer año e identificando el adjunto que ha realizado la supervisión.

Como norma general, las actividades tendrán los siguientes **niveles de supervisión:**

- Historia clínica y exploración: Nivel 3 que pasará a nivel 2 a partir del 3º mes de residencia.
- Solicitud de pruebas Básicas (Rx simple y analítica básica): Nivel 3 que pasará a nivel 2 a partir del 3º mes de residencia.
- Solicitud de pruebas diagnósticas especiales: Nivel 3.
- Realización de procedimientos diagnósticos: Nivel 3 que pasará a 2 (según indicación del adjunto que supervise el procedimiento).
- Indicación y validación de tratamientos: Nivel 3 que pasará a 2.
- Indicación de ingreso: Nivel 3.
- Decisión de alta hospitalaria: Nivel 3 que pasará a 2 (se requiere el visado por escrito del adjunto en el informe de alta).
- Solicitud interconsultas a otras especialidades/derivación consultas externas: Nivel 3.
- Valoración de neonato (< 1 mes): Nivel 3.
- Realización de sedaciones: Nivel 3.
- Información a pacientes y familiares: Nivel 3 que pasará a 2.
- Traslados o derivaciones a otros hospitales/llamadas servicios de emergencias: Nivel 3.

### **5.3-Supervisión de Residentes de Pediatría de segundo año:**

- Historia clínica y exploración: Nivel 2.
- Solicitud de pruebas Básicas (Rx simple y analítica básica): Nivel 2-
- Solicitud de pruebas diagnósticas especiales: Nivel 2.
- Realización de procedimientos diagnósticos: Nivel 2 (según indicación del adjunto que supervise el procedimiento).
- Indicación y validación de tratamientos: Nivel 3 que pasará a 2.
- Indicación de ingreso: Nivel 3.
- Solicitud de interconsultas a otras especialidades o derivación a consultas externas: Nivel 3-2.
- Decisión de alta hospitalaria: Nivel 2 (visada por escrito en los niveles I-III, comentada en todos los casos).
- Información a pacientes y familiares: Nivel 2.
- Asistencia en paritorio: Nivel 3 que pasará a 2.
- Realización de sedaciones: Nivel 3 (podrá pasar a 2 a final del año).
- Traslados o derivaciones a otros hospitales/llamadas servicios de emergencias: Nivel 3.

### **5.4-Supervisión de Residentes de Pediatría de tercer año:**

- Historia clínica y exploración: Nivel 2 que pasará a 1.
- Solicitud de pruebas Básicas: Nivel 2 que pasará a 1.
- Solicitud de pruebas diagnósticas especiales: Nivel 2.
- Realización de procedimientos diagnósticos: Nivel 2.
- Indicación y validación de tratamientos: Nivel 2.
- Indicación de ingreso: Nivel 3 que pasará a 2.
- Decisión de alta hospitalaria: Nivel 2 que pasará a 1.
- Solicitud de interconsultas a otras especialidades o derivación a consultas externas: Nivel 2 que pasará a 1.
- Información a pacientes y familiares: Nivel 2 que pasará a 1.
- Atención a partos: Nivel 2.
- Realización de sedaciones: Nivel 2.
- Traslados o derivaciones a otros hospitales/llamadas servicios de emergencias: Nivel 2.

### **5.5-Supervisión de Residentes de Pediatría de cuarto año:**

- Historia clínica y exploración: Nivel 1.
- Solicitud de pruebas Básicas: Nivel 1.
- Solicitud de pruebas diagnósticas especiales: Nivel 2 que pasará a 1\*.
- Realización de procedimientos diagnósticos: Nivel 2 que pasará a 1\*.
- Indicación y validación de tratamientos: Nivel 1.
- Indicación de ingreso: Nivel 2.

- Decisión de alta hospitalaria: Nivel 1.
- Solicitud interconsultas a otras especialidades/derivación consultas externas: Nivel 1.
- Información a pacientes y familiares: Nivel 1.
- Atención a partos: Nivel 2 que pasará a 1.
- Realización de sedaciones: Nivel 2 que pasará a 1.
- Traslados o derivaciones a otros hospitales/llamadas servicios de emergencias: Nivel 2.

\*El nivel apropiado será decidido por el adjunto que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba. En todo caso, será el tutor del residente quien podrá impartir al mismo como a los adjuntos de la Urgencia, las instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, en función de las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

#### **6.-TAREAS QUE DEBERAN CONTAR SIEMPRE CON LA CONFORMIDAD DEL MÉDICO ADJUNTO**

Las decisiones de hospitalización y los tratamientos al ingreso de los pacientes asignados a los R1, R2 y primera mitad de R3 deberán contar con la conformidad de un médico adjunto (nivel 3).

Desde segunda mitad de R3 y R4 se comentarán con el adjunto aunque puede ser a posteriori (nivel 2). Así mismo, el adjunto supervisará siempre las decisiones de pruebas de imagen complejas (TAC, RM), así como el inicio de soporte respiratorio de alto flujo (en cualquier ámbito de asistencia) o ventilación mecánica.

El médico adjunto supervisará las decisiones de alta de los pacientes:

- Que hayan precisado pruebas complementarias de difícil o dudosa interpretación.
- Que vengán remitidos desde el Pediatra de Atención Primaria o Servicios de Urgencia con una sospecha diagnóstica de gravedad o solicitando valoración pediátrica especializada.
- Que lleven más de 8 horas en Urgencias.
- Que tras un alta reciente desde urgencias, consulten de nuevo por el mismo motivo (en el caso sólo de R2 y R3).
- Que tengan patología grave de base.
- Que tengan alteraciones analíticas significativas.

El médico adjunto atenderá junto con el residente las situaciones de conflicto con pacientes o familiares de pacientes asignados a residentes de cualquier año.

Los médicos adjuntos son los que tienen la capacidad exclusiva de visar y validar propuestas de informes de alta elaborados por los residentes de primer año. En el informe de urgencias en Selene antes de su impresión, quedará registrado en la parte inferior izquierda, el nombre y apellidos del médico adjunto que ha realizado la supervisión, y una vez impreso será firmado por él mismo y por el residente.

Los médicos adjuntos serán los responsables de realizar la supervisión estrecha sobre la atención de pacientes inestables, politraumatizados, con patología grave y con comorbilidad importante o compleja.

## **7.-ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE PROMUEVEN EL CONTENIDO DOCENTE DE LA URGENCIA**

Periódicamente el residente estará informado, por vía correo electrónico, de los cambios a nivel organizativo, nuevas normas de actuación, cursos ofertados, sesiones clínicas o congresos. Todas las sesiones clínicas y los protocolos de actuación estarán a su disposición y los podrán consultar en la carpeta Z.

Los días que el servicio tiene sesiones clínicas, los residentes salientes de guardia acudirán a las mismas, salvo por motivos justificados.

Se procurará dotar de contenido docente el pase de guardia, los residentes participarán de forma activa, serán quienes se encarguen de realizar un resumen claro y conciso de los pacientes que se quedan en observación y los ingresos realizados.

## **8.-PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL RESIDENTE EN LAS GUARDIAS**

Se propone la evaluación de casos clínicos llevados por el residente en la guardia (de R1 a R3), con el fin de mejorar el aprendizaje del residente en las mismas. Se valorará el informe de 1 paciente al mes por cada residente, mediante un formulario que rellenará el adjunto de guardia (anexo I), durante la misma o si no es posible dada la demanda asistencial, se realizará a posteriori. Dicha evaluación se pondrá en común con el residente, siempre con el enfoque de mejorar y detectar los posibles puntos débiles y reforzar positivamente la buena labor asistencial. En caso de los rotantes externos, la realización de esta evaluación se valorará con sus tutores responsables.

Al finalizar cada año de residencia se valorará la actividad asistencial anual del residente en las guardias, y será remitido a la unidad docente para su evaluación global anual.

Si durante el año se detecta algún problema con el residente, se informará a los tutores del residente para establecer un plan de actuación lo más precoz posible.

### **9.-COMIDAS, DESCANSOS Y PARTICIÓN NOCTURNA**

En los descansos de las comidas, en caso de no poder asistir de forma conjunta debido a la demanda asistencial, el adjunto decidirá cómo se realizará el orden de turno para ir a la cafetería, quedando siempre el R1 acompañado por un adjunto responsable.

Por la noche, si la demanda asistencial lo permite, se establecerán 2 turnos de descanso entre los residentes y 3 entre los adjuntos. Los residentes siempre dispondrán de un adjunto de referencia al que consultar las dudas o en el caso de los R1, habrá un adjunto de presencia física durante su turno.

Cuando coincidan de guardia dos residentes del mismo año (R1 de familia y R1 de Pediatría, por ejemplo), se podrán repartir de común acuerdo o por sorteo los turnos, aunque podrá cambiarse en situaciones en que la demanda asistencial lo requiera según la opinión de los adjuntos responsables. Cuando coincidan dos de años diferentes, el de menor año de residencia se quedará en el primer turno en la Urgencia y el de mayor año de residencia en el segundo turno, aunque podrá cambiarse en situaciones en que la demanda asistencial lo requiera según la opinión de los adjuntos responsables.

Los residentes R3 y R4, pueden ayudar, aconsejar y enseñar a los R1 y R2, pero la labor de supervisión corresponde al adjunto de guardia.

### **10.-MIR/EIR RESIDENTE DE PEDIATRÍA**

En la UDM de Pediatría MIR y EIR comparten aprendizaje en los diferentes dispositivos por los que rotarán a lo largo de su itinerario formativo: Urgencia Pediátrica, Hospitalización, Neonatos, Paritorio. Se pretende el logro de una buena calidad de docencia y convivencia entre los residentes durante su formación y en la actuación en las guardias en caso de coincidir.

Los residentes MIR y EIR realizarán sus actuaciones siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos en el área materno-infantil y en el que confluyen conjuntamente Pediatra y Enfermera (algoritmo de reanimación neonatal en sala de partos, actuaciones de neonatología en Paritorio, actuaciones en Urgencia Pediátrica en caso de paciente crítico, suturas...).

Pediatra y enfermera colaborarán en la formación de MIR y EIR haciéndoles partícipes del conocimiento de toda actuación conjunta protocolizada (triaje, sondaje vesical,

sondaje nasogástrico...). Los residentes deberán de conocer todas las funciones descritas.

Cualquier duda, problema, conflicto se tratará con el adjunto de pediatría y la enfermera responsable de la Unidad y el turno en el que surge el conflicto, además de los tutores responsables de la formación de los residentes. Valorarán la situación y aplicarán la solución consensuada que se considere.

**ANEXO I. EVALUACIÓN DE CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS POR EL RESIDENTE EN LA GUARDIA**

**EVALUACION DE CASOS CLINICOS ATENDIDOS POR EL RESIDENTE EN LA GUARDIA**

**Evaluador:**.....

**Fecha:**.....

**Residente:** R1 ( ), R2 ( ), R3 ( ), R4 ( )

**Paciente:** HC..... Edad.....

**Grado de complejidad:** baja: IV-V ( ), media III ( ), alta II-I ( )

**Destino del paciente:** Alta ( ), observación ( ), traslado ( ), ingreso ( )

**Diagnóstico final del paciente:**.....

Se valoran 10 ítems. Puntuación: si 1 punto, no 0 puntos, incompleto: 0.5

**1.** Recoge correctamente los antecedentes personales, pregunta a los responsables/tutores del paciente y si desconoce algún dato los coteja en el Horus y revisa procesos previos en Selene.

Si

No, explicar el motivo.

Incompleto, explicar el motivo.

**2.** Recoge correctamente la historia de la enfermedad actual (recogida del paciente y/o de los informes que aporta), la historia de la enfermedad actual es estructurada, adecuadamente redactada, acorde al motivo de consulta.

Si

No, explicar el motivo

Incompleto, explicar el motivo.

**3.** Exploración física, apropiada a la clínica, sigue una secuencia lógica y recoge los datos de la exploración imprescindibles para el caso en cuestión.

Si

No, explicar el motivo

Incompleto, explicar el motivo.

**4.** Emite un juicio clínico de presunción: con los datos obtenidos en la anamnesis, historia de la enfermedad actual y la exploración, el residente es capaz de realizar una primera orientación diagnóstica adecuada y si es preciso un diagnóstico diferencial.

Si

No, explicar motivo.

Incompleto, explicar motivo.

**5.** Petición de pruebas diagnósticas acordes con la orientación diagnóstica inicial

Si

No, explicar motivo.

Incompleto, explicar motivo.

Excesivo, explicar motivo.

**6.** Prescripción de un tratamiento inicial con los datos disponibles

Si

No, explicar motivo

Incompleto, explicar motivo.

Excesivo, explicar motivo.

**7.** Es capaz de transmitir a la familia tranquilidad y les sabe explicar con claridad la patología, los cuidados y recomendaciones en el tratamiento del paciente.

Si

No, explicar motivo.

Incompleto, explicar motivo.

**8.** El residente (aunque siempre en función de la gravedad del caso) debería realizar una primera valoración de paciente pediátrico en 15-20 min (10min en caso de patología traumatológica).

Si

No, lo realiza en más tiempo, especificar el tiempo que tarda en esta primera valoración.

**9.** Es capaz de emitir un diagnóstico definitivo.

Si

No

Incompleto, explicar motivo.

**10.** Es capaz de hacer los ajustes/ modificaciones en el tratamiento y emitir un plan de actuación del paciente para las siguientes 12-24 horas, en caso de alta, observación en urgencias, ingreso

Si

No, explicar el motivo

Incompleto, explicar motivo.

Actitud de residente durante la guardia/rotación:

Iniciativa del residente durante la guardia/rotación

Activa ( ), Normal ( ), Pasiva ( )

Relaciones del residente con el equipo de trabajo

Relaciones del residente con el paciente/familia

Fdo: .....