PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES DE PEDIATRÍA

VERSIÓN / REVISIÓN	FECHA	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSIÓN / REVISIÓN ANTERIOR
1ª	16/03/2022	

Este documento es propiedad del Hospital Universitario de Móstoles. Su difusión total o parcial al exterior no se puede efectuar sin la autorización de la Dirección de Gerencia. Los responsables de los Servicios o Unidades en los que sea de aplicación deben difundirlo entre los profesionales que se haya determinado que tienen que conocerlo o utilizarlo.

REDACTADO	VALIDADO	APROBADO
Grupo de trabajo: **Tutor de residente** Fdo.: Dra. Ana Vidal Esteban Dra. María Rosa del Fresno Valencia **Miembro del Servicio** Dra. Lidia Brea Prieto	**Director Médico** Fdo.: Dra. Celia García Menéndez **Jefe de servicio** Fdo.: Dra. Áurea Cervera Bravo	**Jefe de Estudios** Fdo.: María Segura Bedmar
Fecha: **Marzo 2022**	Fecha: **24/02/2023**	**Fecha: 27/02/2023**

ÍNDICE

..... 3

1. OBJETO 4
2. ALCANCE 5
3. RESPONSABILIDADES 5
4. PROCESO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES 5

4.1. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA 6

4.2. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA 7

4.3. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL ADJUNTO ESPECIALISTA DE PEDIATRÍA 14

5. GESTIÓN PARA LA IMPLANTACION 15

1. OBJETO

Se entiende por "supervisión de residentes" la provisión de monitorización, guía y feedback, para su desarrollo profesional, formativo y personal, en el contexto del cuidado médico de los pacientes. Incluye la capacidad de anticipar debilidades y fortalezas en situaciones concretas que maximicen la seguridad del paciente.

Entre las responsabilidades derivadas de la acreditación docente del Servicio de Pediatría y sus Áreas específicas de la Unidad docente Multiprofesional de Pediatría del Hospital Universitario de Mostoles, se encuentra garantizar la supervisión y la adquisición progresiva de responsabilidad por parte de los especialistas en formación, de modo que siguiendo el Programa Oficial de la Especialidad (BOE 14 de octubre de 2006) durante sus 4 años de residencia, el especialista en formación adquiera de manera progresiva habilidades, destrezas y conocimientos propios del pediatra general y en los casos que proceda, algunas más específicas del área de especialización de tal forma que al finalizar su periodo de aprendizaje haya conseguido una formación óptima que le capacite para asumir sus funciones y responsabilidades como especialista.

El presente protocolo se ha redactado mediante la adaptación de la legislación vigente a las estructuras docentes y asistenciales de la Unidad Docente del Hospital Universitario de Móstoles y dentro de él, a la Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría con capacidad de formación en Pediatría y sus áreas específicas desde 1990, y como unidad docente multiprofesional desde junio de 2012.

La normativa legal aplicada incluye:

- LEY 44/2003. 21 Noviembre. De ordenación de las profesiones sanitarias.
- REAL DECRETO 183/2008. 8 Febrero. En el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. En su ARTÍCULO 15 contempla que en el sistema de residencia habrá una "asunción progresiva de responsabilidades por parte del residente, así como 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. 22 Febrero. En el que se establecen criterios generales de la composición y funciones de los órganos docentes en formación sanitaria especializada.
- REAL DECRETO 1146/2006. 6 Octubre. En el que se regula la relación laboral especial de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud.
- LEY 55/2003. 16 Diciembre. Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, en el que se desarrollan y clasifican los distintos tipos de faltas disciplinarias (muy graves, graves o leves).
- POE: Programa oficial formativo de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas: BOE 14 de octubre de 2006. Determina el contenido en conocimientos, habilidades y destrezas que debe alcanzar el residente durante su formación para

alcanzar el título de especialista.

2. ALCANCE

La finalidad de este documento "Protocolo de supervisión de residentes de Pediatría" es explicitar el nivel de supervisión que deben tener los residentes durante cada uno de los cuatro años de formación y en cada uno de sus ámbitos de actuación, de forma que se consiga la máxima función docente manteniendo la calidad asistencial y la máxima seguridad del paciente, todo ello acorde al cumplimiento de la normativa legal vigente.

3. RESPONSABILIDADES

DIRECCIÓN GERENCIA	- Promover la elaboración del protocolo de supervisión
DIRECCIONES MÉDICA Y ENFERMERIA **RESPONSABLES DE SERVICIO/UNIDAD**	- Validar el protocolo de supervisión - Una vez aprobado, difundirlo entre los responsables intermedios.
COMISIÓN DE DOCENCIA	- Aprobar protocolo de supervisión de la especialidad
RESPONSABLES DE SERVICIOS/UNIDADES Y TUTORES	- Difundirlo entre el personal a su cargo. - Trasladar a las direcciones correspondientes las sugerencias que puedan mejorar el protocolo de supervisión - Velar por el cumplimiento del protocolo de supervisión
GRUPO DE NORMALIZACION Y ORDENACION DOCUMENTAL	- Revisión y aprobación formal del documento.
UNIDAD DE DOCENCIA	- Codificar. - Archivar copia firmada una vez aprobados (documentos de alcance general y limitado). - Publicar en la Intranet como documento electrónico (documentos de alcance general y limitado) y en página web
COMUNICACIÓN	- Notificar aviso de publicación en la Intranet y publicarlo en la web

4. PROCESO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES

El sistema formativo de residencia está basado en recibir una formación y prestar un trabajo que permita al especialista en formación adquirir, en unidades docentes

acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avancen en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

El 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, en el capítulo V, artículos 14 y 15, establece las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

- *"El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte del residente. Dicho sistema 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"*
- *"En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten"*
- *"La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el residente esté rotando o prestando servicios de atención continuada"*
- *"La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año, 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 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"*
- *"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"*

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

Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas.

4.1. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

Adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para:

1. Atender los problemas clínico-pediátricos a nivel general y de sus áreas específicas.

2. Promocionar la salud de la población infantil y adolescente.
3. Realizar labores de investigación clínica y básica.
4.Trabajar como integrantes y si es preciso, como coordinadores de equipos multidisciplinarios de salud.

El objetivo final se centra en 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 período 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 en el que se practica.
- Individualizada y personalizada en condiciones de igualdad y en libertad.

4.2. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA

NIVELES DE COMPLEJIDAD Y HABILIDADES EN LAS TAREAS DEL RESIDENTE

Para que el residente alcance una formación óptima que le capacite para asumir sus funciones y responsabilidades como pediatra general tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, deberá ir avanzando progresivamente en los diferentes niveles de habilidades y conocimientos contemplados en el plan formativo de la especialidad. Se podrían definir tres grados de complejidad/niveles de habilidad para enfrentarse a los procesos médicos pediátricos y preventivos de salud:

Grado 1:

1.1. Habilidades:

1.1.1 Valoración del niño y adolescente normal, curvas de crecimiento, anamnesis y exploración física del niño y adolescente con patología, planteamiento de los problemas, interpretación de las pruebas analíticas básicas y de radiología (radiografía de tórax, abdomen, craneal, etc), realización de evolución clínica y habilidades de información/comunicación con el paciente pediátrico y sus familiares.

1.1.2 Realización de técnicas diagnósticas comunes (punción lumbar, punción suprapúbica).

1.1.3 Reanimación cardio-pulmonar básica.

1.1.4 Inicio en los conocimientos básicos de Medicina Basada en la evidencia para lectura crítica de la literatura científica, elaboración y exposición de trabajos científicos en sesiones clínicas y congresos nacionales de la especialidad.

1.2. Conocimientos:

De los problemas clínicos-pediátricos a nivel general y de sus áreas específicas que comprenden la principal actividad asistencial pediátrica tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada. De forma esquemática serían los siguientes:

1.2.1 Desarrollo evolutivo normal del niño desde su nacimiento hasta la adolescencia, supervisión de la salud infanto-juvenil, controles de salud, vacunaciones, cribado de enfermedades.

1.2.2 Nutrición durante la época de lactante y el resto de infancia y adolescencia. Obesidad y malnutrición.

1.2.3 Psicología básica de la infancia y adolescencia. Relación del pediatra con los niños, adolescentes y padres.

1.2.4 Patología pediátrica más frecuente no complicada y no grave atendida en Atención Primaria y Atención Especializada según los diferentes órganos y sistemas.

Grado 2:

2.1. Habilidades:

2.1.1 Reanimación cardio-pulmonar avanzada.

2.1.2 Procedimientos diagnósticos: canalización umbilical arterial y venosa.

2.1.3 Avance en el conocimiento de herramientas epidemiológicas y de bioestadística para realizar proyectos de investigación clínica. Exposición de trabajos científicos en publicaciones nacionales y congresos nacionales/extranjeros.

2.1.4 Oxigenoterapia no invasiva (flujo normal y de alto flujo).

2.1.5 Interpretación del electrocardiograma y sus anomalías.

2.1.6 Herramientas de comunicación con paciente terminal y su familia.

2.2. Conocimientos:

2.2.1 Patología pediátrica más frecuente complicada o grave que precisa mayor atención asistencial o derivación a cuidados intensivos pediátricos.

2.2.2 Manejo del paciente pediátrico con enfermedad crónica frecuente (asma, alergia

alimentaria, diabetes, enfermedad celiaca, hipotiroidismo, etc).

2.2.3 Planteamiento diagnóstico del paciente ingresado con patología infrecuente (sospecha de metabolopatías, fiebre de origen desconocido, etc).

2.2.4 Patología neonatal no intensiva.

2.2.5 Patología del paciente inmigrante.

2.2.6 Nutrición enteral y parenteral.

2.2.7 Psicología del adolescente. Conductas de riesgo. Suicidio. Anorexia y bulimia.

2.2.8 Conocimiento de programas de educación sanitaria del niño y adolescente y del medio social.

2.2.9 Protección de la infancia. Derechos del niño.

Grado 3:

3.1. Habilidades:

3.1.1 Técnicas de ventilación asistida.

3.1.2 Procedimientos diagnósticos: vías venosas centrales (vía femoral), toracocentesis y paracentesis.

3.1.3 Interpretación (no de forma completa) de técnicas de imagen (tránsito gastrointestinal, ecografías, cistografías, urografías, ecocardiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc) e isotópicas (gammagrafías óseas, renales, etc).

3.1.4 Interpretación de pruebas analíticas más especializadas (estudio de anemias y hemoglobinopatías, estudios hormonales, estudios de función glomerular y tubular renal, estudios genéticos, estudios inmunológicos, etc).

3.1.5 Diseño, elaboración y exposición de trabajos científicos.

3.1.6 Capacidad de elaboración de programas de salud y educación sanitaria infanto-juvenil.

3.2. Conocimientos:

3.2.1 Profundización en la patología más infrecuente de los diferentes órganos y sistemas, su diagnóstico y tratamiento.

3.2.2 Manejo intensivo del paciente crítico (pediátrico y neonatal).

3.2.3 Aproximación a la patología grave psicosocial, familias desestructuradas, violencia doméstica. Coordinación con otros estamentos (asistencia social, escuela, etc...).

Grado 4 (opcional):

4.1. Habilidades:

4.1.1 Realización de procedimientos especializados (biopsias renales o hepáticas, canalización de vena subclavia, cateterismos, aspirados/biopsias de médula ósea, etc).

4.1.2 Realización de técnicas especiales (ecocardiografía, endoscopias, broncoscopias).

4.2. Conocimientos:

4.2.1. Pediatría social: economía aplicada a la sanidad. Sociología. Legislación sanitaria. Administración sanitaria: organización sanitaria nacional e internacional con relación a la infancia y adolescencia.

4.2.2. Manejo del paciente altamente especializado de los diferentes órganos y sistemas (por ejemplo: trasplantados, metabolopatías, etc).

NIVELES DE SUPERVISIÓN Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad es algo inherente al propio residente, sin embargo, la supervisión debe ser ofrecida y garantizada por el centro sanitario y la Unidad docente acreditada.
Se define la Supervisión como la provisión de monitorización, guía y feedback, para el desarrollo profesional, formativo y personal, en el contexto del cuidado médico de los pacientes. Incluye la capacidad de anticipar debilidades y fortalezas en situaciones concretas que maximicen la seguridad del paciente.
Hay evidencias de que la supervisión tiene un impacto favorable en los resultados clínicos (outcomes) y que su ausencia es peligrosa para los pacientes. La calidad de la relación entre supervisor y supervisado es, probablemente, el factor más importante para conseguir una supervisión efectiva.

Se definen tres niveles de supervisión:

- Supervisión máxima (Nivel 3): El residente solo tiene conocimiento teórico, pero ninguna o escasa experiencia. La actividad debe ser realizada por el personal de plantilla y su ejecución observada/asistida por el residente.

- Supervisión directa (Nivel 2): El residente tiene conocimiento y aunque tiene algo de experiencia no alcanza la suficiente como para actuar de forma independiente. La actividad la realiza el residente, pero bajo supervisión directa del adjunto de plantilla.

- Supervisión a demanda (Nivel 1): Las habilidades adquiridas le permiten llevar a cabo actuaciones de forma independiente. El residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Esta supervisión se correlaciona a su vez con los **Niveles de Responsabilidad** del residente, que según la normativa de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas sería la siguiente:

- Nivel 1: permite al residente actuar de forma autónoma, sin necesidad de tutorización inmediata, es decir, ejecuta y, posteriormente, informa al tutor.

- Nivel 2: posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del staff.

- Nivel 3: se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL SERVICIO Y ÁREAS DE ACTUACIÓN DE LOS RESIDENTES

Los residentes están plenamente integrados en todas las estructuras del Servicio. Este se puede distribuir en cinco ámbitos fundamentales:

- Sala de Hospitalización: Donde se realiza la historia clínica, se explora a los pacientes y se establece su evolución clínica (notas de evolución medica en programa informático), se prescribe su tratamiento (prescripción electrónica en sistema informático) y se solicitan las pruebas diagnósticas que se consideran pertinentes y necesarias (petición en programa informático).

Asimismo, durante el pase de visita se da información sobre la situación a los padres/tutores legales de los pacientes.

*El Residente realiza estas funciones con distintos grados de supervisión según el año de residencia y sus características personales (véase tabla más adelante). El R-1 siempre tiene supervisión de presencia física.

- Consultas Externas: En Pediatría suponen una parte importante de la carga asistencial. Además de la consulta de Pediatría General, existen consultas de áreas específicas (Alergia, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Hematología, Infecciosas, Nefrología, Neumología, Neurología, Neonatología...) y monográficas (TDAH, diabetes) que se realizan por adjuntos del servicio.

*El R-1 y el R-2 siempre tiene supervisión de presencia física. Según el grado de competencia los R3 y R4 podrían preparar la consulta con antelación supervisados por el adjunto responsable de la misma y realizar la consulta sin supervisión de presencia física, pero siempre con posibilidad de preguntar dudas a un adjunto responsable de la misma.

- Área de Urgencias: Donde se realiza la atención continuada con guardias de 17 horas. La guardia en el servicio se establece con 3 adjuntos y 2 residentes de Pediatría o 1 residente de Pediatría y uno de Medicina de familia y comunitaria (MFyC); excepcionalmente por tres

residentes, 2 de Pediatría y uno de MFyC.

*El Residente desempeña una actuación progresiva según el año de residencia y sus características personales (véase tabla más adelante). El R-1 siempre tiene supervisión de presencia física y el informe de alta está firmado por un adjunto responsable.

- Área de Neonatología. Comprende:

1) Unidad de hospitalización: atención al neonato ingresado en la Unidad de Neonatología: historia clínica personal y obstétrica, exploración del neonato, petición de pruebas complementarias pertinentes, realización de procedimientos especiales necesarios (intubación, canalizaciones, instauración de drenajes, etc...) y prescripción médica, utilizando el sistema informático.

*El Residente desempeña una actuación progresiva según el año de residencia y sus características personales (véase tabla más adelante). El R-1 y el R-2 siempre tienen supervisión de presencia física.

2) Unidad de maternidad: Pase de visita diario con revisión y exploración de los neonatos nacidos en las 24 horas previas y alta de la maternidad a las 48-72 horas con informe clínico.

*El Residente que ya ha rotado específicamente por Neonatos y tras haber realizado esa labor de forma supervisada en R1 puede realizar dicha labor de forma autónoma pidiendo supervisión en los casos que le generen dudas al adjunto responsable. El R-1 siempre tiene supervisión de presencia física.

3) Paritorio: presencia física en paritorios o quirófanos para la realización de la reanimación neonatal de partos de riesgo o de cesáreas.

*El Residente desempeña una actuación progresiva según el año de residencia y sus características personales (véase tabla más adelante). El R-1 sólo presencia las maniobras de reanimación, pero no las realiza. El R-2 tiene supervisión de presencia física y el R3 y R4 siempre tienen adjunto disponible de presencia física. Realizan rotaciones externas para procesos neonatales de mayor nivel (intensivos neonatales) y siempre están supervisados por un adjunto de presencia física.

MECANISMOS DE CONTROL DE INFORMACION DEL STAFF SOBRE LA ACTUACION DEL RESIDENTE

Aunque en grado variable según el año de residencia, el supervisor (adjunto o tutor) siempre debe estar informado de la actuación del residente.

- El **R-1** según la legislación debe tener siempre supervisión de presencia física, con lo cual no se plantea la necesidad de mantener informado al supervisor, puesto que este siempre acompaña al residente

- Desde **R-2 a R-4** el grado de supervisión es, progresivamente, decreciente y se plantea la necesidad de que el staff supervisor se mantenga siempre informado de donde está y de qué hace el residente para de esta manera poder ejercer la supervisión adecuada:

* En la zona de hospitalización: siempre hay un adjunto responsable que, normalmente, acompaña al residente en el pase de visita. Excepcionalmente, y por necesidades del servicio, puede realizar a partir de R3-4 una visita autónoma informando al adjunto responsable de la planta de hospitalización de lo que ha hecho y de cualquier duda al respecto, debatiendo con dicho adjunto los casos más difíciles en sus aspectos tanto diagnósticos (petición de pruebas diagnósticas) como terapéuticos. Los viernes se realiza una sesión del servicio antes del inicio de la guardia donde los residentes exponen los casos hospitalizados para el fin de semana y se debaten los casos que generan más problemas.

*En la zona de Consultas: el residente autónomo (solo R3-4, para las consultas de Pediatría general) debe consultar al adjunto responsable de esa consulta el paciente que le provoque la más mínima duda.

*En Urgencias: además de la supervisión adecuada en cada caso según año de residencia, se realiza una reunión del servicio por las mañanas donde el residente comunica las incidencias de la guardia, ingresos en planta y en observación y pacientes pendientes de alta de la urgencia, en los que el residente informa al staff sobre su actuación. Además, el sistema informático permite la supervisión a distancia y la revisión y visado de informes en caso de ser necesario.

*En Neonatos: el grado de supervisión es continuo y progresivo con pase de visita o comentarios de los pacientes hospitalizados a última hora de la mañana con los adjuntos responsables de Neonatos. Los procedimientos realizados son supervisados por el adjunto especialista.

RESIDENTE 1º AÑO

El R-1 según la legislación debe tener siempre supervisión de presencia física, con lo cual no se plantea la necesidad de mantener informado al supervisor, puesto que este siempre acompaña al residente (Real Decreto 183/2008 de 8 febrero).

Durante las guardias, se atiende el servicio de Urgencias con las habilidades y responsabilidades del "Área de Urgencias".

MIR	Planta de Hospitalización	Consultas externas Ped. Gral	Área de urgencias	Consul. externas especial.	Neonatos 1.Hospit. 2. Nido 3. Paritor.	Técnicas	Atención Primaria	Áreas Específ. (rotac. externas)
R 1	N2: G1-2* N3:G2-3	N2: G1-2* N3: G2-3	N2: G1-2* N3: G2-3		1. N3 2. N2: G1 3. N3	N2: G1 N3:G2-4	N2: G1-2* N3:G2-3	

N: nivel de responsabilidad. G: grado de conocimientos/habilidades
* G2 a partir de los 6 meses del año de residencia

RESIDENTE 2º AÑO

Durante las guardias, se atiende el servicio de Urgencias, se acude a paritorio en cesáreas urgentes y programadas, partos instrumentales y sospechas de pérdida de bienestar fetal, así como las incidencias de los pacientes ingresados en la UCI neonatal y la planta de hospitalización según las necesidades. Las habilidades y responsabilidades en los distintos ámbitos aparecen en la siguiente tabla.

MIR	Planta de Hospitalización	Consultas externas Ped. Gral	Área de urgencias	Consul. externas especial.	Neonatos 1.Hospit. 2. Nido 3. Paritor.	Técnicas	Atención Primaria	Áreas Específ. (rotac. externas)
R 2	N2: G1-2 N3: G3	N2: G1-2 N3: G3	N2: G1-2 N3: G3	N2: G1-2 N3: G3	N2: G2 N3: G3-4	N2: G1-2 N3: G3-4	N2: G1-2 N3: G3	

N: nivel de responsabilidad. G: grado de conocimientos/habilidades

RESIDENTE 3º AÑO

Durante las guardias, se atiende el servicio de Urgencias, se acude a paritorio en cesáreas urgentes y programadas, partos instrumentales y sospechas de pérdida de bienestar fetal, así como las incidencias de los pacientes ingresados en la UCI neonatal y la planta de hospitalización según las necesidades. Las habilidades y responsabilidades en los distintos ámbitos aparecen en la siguiente tabla.

MIR	Planta de Hospitalización	Consultas externas Ped. Gral	Área de urgencias	Consul. externas especial.	Neonatos 1.Hospit. 2. Nido 3. Paritor.	Técnicas	Atención Primaria	Áreas Específ. (rotac. externas)
R 3	N1: G1-2 N2: G2-3	N1: G1-2 N2: G2-3	N1: G1-2 N2: G2-3	N2: G1-2 N3: G3	N2: G2-3 N3: G4	N1:G1-2 N2: G2-3 N3: G4		N2: G2-3 N3: G4

N: nivel de responsabilidad. G: grado de conocimientos/habilidades

RESIDENTE 4º AÑO

Durante las guardias, se atiende el servicio de Urgencias, se acude a paritorio en cesáreas urgentes y programadas, partos instrumentales y sospechas de pérdida de bienestar fetal, así como las incidencias de los pacientes ingresados en la UCI neonatal y la planta de hospitalización según las necesidades. Las habilidades y responsabilidades en los distintos ámbitos aparecen en la siguiente tabla.

MIR	Planta de Hospitalización	Consultas externas Ped. Gral	Área de urgencias	Consul. externas especial.	Neonatos 1.Hospit. 2. Nido 3. Paritor.	Técnicas	Atención Primaria	Áreas Específ. (rotac. externas)
R 4	N1: G1-2 N2: G3	N1: G1-2 N2: G3	N1: G1-2 N2: G3	N1: G1-2 N2: G3	N1: G2 N2: G3-4	N1: G2-3 N2: G3-4	N1: G1-2 N2: G3-4	N1: G2 N2: G3-4

N: nivel de responsabilidad. G: grado de conocimientos/habilidades

4.3. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL ADJUNTO ESPECIALISTA DE PEDIATRÍA

Hay una serie de situaciones en las que se considera que el residente, sea cual sea su año de residencia, debe avisar siempre al staff responsable:

- Ante un paciente en situación clínica inestable y/o en riesgo de muerte inminente (ya sea en áreas de urgencias, hospitalización o neonatología)
- En situaciones de conflicto con pacientes, familiares u otros facultativos del hospital
- Ante peticiones de altas voluntarias
- En situaciones legalmente conflictivas (sospecha de malos tratos...)
- Dar malas noticias (fallecimiento, diagnóstico de patología oncológica)
- Todos los procedimientos realizados (reanimación cardiopulmonar, intubación, punción lumbar, canalización vena/arteria umbilical, colocación de oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica convencional o no invasiva) son supervisados y, según el caso, realizados por el adjunto especialista de pediatría.

5. GESTIÓN PARA LA IMPLANTACION

PROMOTOR	- Dirección Gerencia
ELABORACIÓN	- Tutores de los Servicios/Unidades asistenciales
FECHAS DE ENTRADA EN VIGOR	- El día de fecha de aprobación por la C. Docencia
DIFUSIÓN	- En Intranet
REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO	- Bienal