

## **SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRIA Y ÁREAS ESPECÍFICAS EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA, DESGLOSADO POR COMPETENCIAS ESPECÍFICAS Y ACTIVIDADES**

---

**(DOCUMENTO APROBADO EN LA COMISIÓN DE DOCENCIA DEL 26/02/18)**

### ***1. Objetivo del protocolo***

El presente protocolo de supervisión del residente del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

Se entiende que a lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

La Comisión de Docencia del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona ha elaborado este protocolo en cumplimiento del Artículo 15.5 del 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. Dicho artículo establece que: "Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés".

Tal y como se indica además en el citado Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, el protocolo ha sido elevado a los órganos de dirección del centro para su aplicación y para que se realicen revisiones periódicas

### ***2. Ámbito de aplicación.***

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en nuestro Hospital. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una

Unidad Docente no dependiente de nuestro Hospital se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestras Unidades Docentes.

Asimismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que los residentes pertenecientes a nuestro Hospital realicen en Centros o Unidades Docentes externas.

### ***3. Bases legislativas.***

Como se indicó previamente, este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada-

Para su elaboración se han tenido en cuenta el capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente que incluye los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008 y su aplicación a las características específicas de nuestro Hospital.

A continuación se transcribe literalmente los Artículos citados:

***Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008).***

#### **Capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente**

##### **Artículo 14. El deber general de supervisión.**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de

cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

**Artículo 15. *La responsabilidad progresiva del residente.***

**1.** El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

**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 como consecuencia de dicha relación.

**3.** La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito los documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año.

**4.** La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro 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.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

**5.** Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

#### ***4. Supervisión de las actividades asistenciales.***

##### **A. Generalidades.**

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

**Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda.** Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

**Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa.** El residente tiene suficiente conocimiento pero no consigue la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades han de realizarse bajo supervisión directa del adjunto responsable.

**Nivel 3. Responsabilidad mínima / Supervisión de Presencia Física.** El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. El residente observa y asiste la actuación del adjunto responsable que es quien realiza el procedimiento.

Asimismo, se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes, delimitando niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Así, el objetivo es establecer niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada período formativo, que luego pueden individualizarse según los conocimientos y las habilidades que desarrolle el residente a partir de R1. En cualquier caso, el grado de supervisión último dependerá de la valoración individualizada de las capacidades de cada residente que efectúa el equipo de adjuntos conjuntamente con el tutor.

Durante el primer año de residencia, los residentes son supervisados de forma estrecha en su actividad en la planta. El residente de primer año hace una primera valoración solo del caso (historia clínica y exploración física), y posteriormente se revalora conjuntamente con el adjunto responsable.

Hay una supervisión directa en la solicitud e interpretación de pruebas, el plan terapéutico, y el documento de alta hospitalaria y las técnicas diagnóstico-terapéuticas. A medida que el residente va avanzando en su formación y va adquiriendo competencias, el grado de supervisión puede ser menor para patología altamente frecuente y de baja complejidad.

A partir del 2º año de residencia los residentes adquieren un grado de supervisión 2. El residente hace la anamnesis y exploración física del paciente, solicita las exploraciones indicadas según la patología del paciente y plantea el plan terapéutico. Posteriormente se supervisan estas actividades con el adjunto.

Al tercer año el residente tiene 2 funciones en la planta: por una parte, la asistencia directa del paciente, donde el grado de supervisión es 1-2 (ver tabla adjunta). El residente es la figura de referencia de paciente y familia. El R3 efectúa también las interconsultas requeridas al servicio de pediatría, donde el nivel de responsabilidad es 2.

Al cuarto año, el grado de supervisión global del residente es 1. Hace la anamnesis y exploración física del paciente, solicita e interpreta las exploraciones indicadas según la patología del paciente y plantea el plan terapéutico. Supervisa la actividad de residentes más pequeños teniendo un adjunto de referencia como consultor. Asimismo, antes del alta, el adjunto responsable debe aprobar el manejo global del caso.

## **5. Organización de la Rotación por Hospitalización**

La rotación por Hospitalización tiene lugar a lo largo de diferentes periodos en la residencia. Consiste en una rotación de 6 meses de R1, 3 meses de R2, 2 meses de R3 y 2 meses de R4. Está basada en el concepto de la Medicina hospitalaria, que pretende la prestación de una atención médica integral y de alta calidad al paciente hospitalizado. En los últimos años la Medicina Hospitalaria está adquiriendo un fuerte impulso debido a numerosos factores como el aumento de enfermos pluripatológicos, el incremento de pacientes con necesidades especiales, el trabajo en términos de eficiencia y de medicina basada en la evidencia y la docencia en los centros universitarios.

## **6. Los objetivos de la rotación son:**

1. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para el manejo del niño hospitalizado.
2. Adquirir habilidades: comunicativas, de trabajo en equipo, de autoaprendizaje, docentes y de investigación.
3. Ofrecer una atención completa, adecuada a las necesidades del paciente incluyendo el diagnóstico, tratamiento, y la realización de procedimientos médicos.
4. Lograr una capacidad de respuesta rápida.
5. Contribuir en la atención integral de los pacientes hospitalizados estableciendo circuitos de coordinación, comunicación y colaboración con todo el personal sanitario encargado del cuidado de los pacientes hospitalizados.
6. Asegurar la continuidad asistencial participando en el proceso de transición del hospital al domicilio de los pacientes pluripatológicos.
7. Colaborar en los procesos de mejora de la calidad.
8. Realizar un uso eficiente de los recursos hospitalarios y de atención sanitaria

***Nivel responsabilidad***

<b>HOSPITALIZACIÓ PEDIATRIA</b>	R1	R2	R3	R4
Historia clínica <ul style="list-style-type: none"> <li>- En patología de alta prevalencia (p. e. broncoespasmo)</li> <li>- En patología compleja</li> </ul>	3 3	2 3	1 2	1 2-1
Exploración física <ul style="list-style-type: none"> <li>- En patología de alta prevalencia (p. e. broncoespasmo)</li> <li>- En patología compleja</li> </ul>	3 3	2 3	2 3	1 2-1
Solicitud de pruebas diagnósticas <ul style="list-style-type: none"> <li>- RX, analítica general, sedimento orina, aspirados nasofaríngeos o cultivos periféricos, ECG, monitor de apneas, ecocardiograma...</li> <li>- TC, RM, marcadores analíticos específicos, EEG, gammagrafía, PET-TAC, polisomnografía ...</li> </ul>	3 3	3 3	2 3	1 2
Interpretación de pruebas diagnósticas	3	3	2	1
Establecer el plan terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Broncodilatadores, corticoides orales, antibioterapia de infección comunitaria, oxigenoterapia, analgesia de primer nivel, fluidoterapia de mantenimiento, ..</li> <li>- Cuidados: úlceras, fisioterapia, entorno psico-social</li> <li>- Tratamiento de broncoespasmo/bronquiolitis grave, correcciones diselectrolinemias, antibioterapia con carbapenems o del paciente séptico, alimentación con fórmulas especiales o por sonda, ...</li> <li>- Parenterales, bombas de infusión continua, inmunoglobulinas, transfusiones, sedaciones para procedimientos, analgesia con mórficos o similares u otros fármacos de alta toxicidad ...</li> <li>- Coordinación con otros profesionales del propio hospital</li> <li>- Coordinación con profesionales de otros centros para seguimiento al alta</li> </ul>	3 3 3 3 3 3	2 2 3 3 2 3	2 2-1 2 3 2 2	1 1 2-1 2 1 2-1
Informes y documentación clínica (siempre son leídos, validados y firmados por el adjunto)	3	2	2	1
Técnicas diagnóstico-terapéuticas (punción lumbar, alto flujo...)	3	2	2	1
Cumplimentar documentos de consentimiento informado y/o partes judiciales	3	3	2	1
Información a los familiares: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación de la situación clínica diaria</li> <li>- Comunicación del alta</li> <li>- Comunicación de situaciones adversas</li> </ul>	3 3 3	2 3 3	2 2 3	1 1 2

El Hospital y el Servicio de Pediatría han optado por un modelo de atención centrado en la familia. De acuerdo con este compromiso, nuestro Servicio tiene especial cuidado de que los residentes incorporen a los familiares en el proceso asistencial, adquieran habilidades de comunicación con las familias y sean sensibles a sus necesidades.

**Redacción: M. Simó, C. Launes, M. Fernández de Sevilla, S. Ricart**