

PROTOCOLO SUPERVISIÓN RESIDENTES DE LA UNIDAD DOCENTE DE PEDIATRÍA y ÁREAS ESPECÍFICAS

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Autores:

Dra. María Solo de Zaldívar Trisancho
F.E.A. Pediatría y Áreas Específicas

Dra. Rafael Romero Peguero.
Tutor residentes Pediatría y Áreas Específicas
F.E.A. Pediatría y Áreas Específicas

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA

1) Objetivo del documento

El presente protocolo 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.

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.

En cumplimiento del artículo 15 del capítulo V del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos formativos del sistema de formación sanitaria especializada: “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, una vez aprobado, el protocolo es elevado a los órganos de dirección del centro para que el jefe de estudios consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

2) Ámbito de actuación

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en la Unidad Docente de Pediatría del Hospital Universitario de Cáceres.

3) Marco normativo

Como se indicó previamente, este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos formativos de la formación sanitaria especializada.

Para su elaboración se han tenido en cuenta los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008.

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

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 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 las altas, bajas y demás 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 consensúe 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 lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

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

Nivel 3. Responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por especialistas y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

B. El residente de Pediatría

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS:

Actualmente los MIR hacen una rotación en turno de mañana de 2 meses durante el primer año de residencia por el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario de Badajoz según acuerdo de colaboración docente. Es opcional en los dos últimos años (R3-4) solicitar una formación específica como especialidad en Urgencias Pediátricas.

El residente de pediatría durante los 2 primeros años de residencia realizará todas sus guardias de presencia física en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Cáceres (Hospital San Pedro de Alcántara). Su actividad asistencial será exclusivamente para el paciente pediátrico. La supervisión durante el primer año de la residencia deberá ser necesariamente de presencia física. El responsable de supervisar al residente será el facultativo responsable del Servicio de Urgencias.

Los residentes de 3º y 4º año realizarán sus guardias en la planta de hospitalización de pediatría y unidad de neonatología. Algunos meses, de forma excepcional, siempre con el conocimiento y aprobación de la Dirección Médica se les podrá añadir a los residentes de Pediatría R2, R3 y R4

una guardia adicional a su cómputo mensual de guardias en el Servicio de Urgencias.

Los Médicos Internos Residentes (MIR) de Pediatría realizan un papel importante en la asistencia de los niños a Urgencias. Es por ello que debe estar estructurada y planificada su formación y su evaluación continua, a fin de perfeccionar la asistencia del niño enfermo y poder detectar defectos en el sistema formativo y / o en la formación específica de cada MIR.

El objetivo fundamental del paso de los residentes de pediatría por Urgencias será el enfoque práctico de la patología pediátrica desde el prisma de su presentación a urgencias. El residente debe ser capaz de asumir al paciente desde su llegada a Urgencias hasta que éste sea dado de alta o ingresado en el hospital. Según su capacidad y la adquisición progresiva de competencias, tomará la iniciativa en cuanto a las orientaciones diagnósticas y terapéuticas, comentándolas con el adjunto responsable. Y también de forma gradual asumirán la responsabilidad del manejo de los niños que acuden al Servicio en una situación crítica, siempre bajo la supervisión de los adjuntos.

Como ejemplos de estos pacientes que requieren una atención inmediata:

- Politraumatismo
- Gastroenteritis aguda con deshidratación o hipoglucemia
- Cetoacidosis diabética
- Fracaso respiratoria
- Convulsión y status epiléptico
- Infecciones graves del sistema nervioso central: meningitis y encefalitis

Todos los pacientes a la llegada al Servicio de Urgencias deben ser valorados para poder ordenar su asistencia según el grado de urgencia. Se hace utilizando el Modelo de Triage pediátrico. De esta manera clasifican los pacientes en 5 niveles, desde el nivel 1 que son los pacientes de riesgo vital inmediato a los de nivel 5 que son aquellos pacientes con situaciones agudas no urgentes. Esta clasificación es muy importante de cara a la priorización de los pacientes.

El Residente de Primer Año adquirirá responsabilidad de forma progresiva hasta un nivel máximo de 2. Inicialmente realizará actividad con un nivel de responsabilidad 3 y progresivamente su actividad se realizará con un nivel de responsabilidad 2, la asistencia la ejecutará el residente pero siempre bajo supervisión del adjunto. En el Informe de Alta constará, con obligatoriedad, el nombre y firma de ambas personas (Residente y Médico Adjunto Responsable). De este modo la supervisión durante el Primer Año será de presencia física en todo momento, con revisión por parte del adjunto de todas las actividades y documentos realizados por el residente. En todo momento el Médico Adjunto estará localizado para la supervisión del residente.

Los Residentes de 2º, 3º y 4º año, realizarán la asistencia hasta alcanzar un nivel de Responsabilidad 1: podrán realizar procedimientos sin necesidad expresa del adjunto; pero el Médico Adjunto estará en todo momento localizado y dispuesto a supervisar la actuación del residente, aunque sin necesidad de firmar los documentos/procedimientos sencillos realizados por el residente que no hayan requerido su supervisión. Los informes de alta de urgencias siempre tendrán el visto bueno del médico adjunto.

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA:

En las actividades realizadas en planta de Hospitalización por parte del Residente, es responsabilidad del Médico Adjunto de la planta su supervisión, y el que asigne casos en función de la ocupación de camas y gravedad del paciente.

De este modo se revisarán conjuntamente los niños ingresados y se comentará el plan de acción. El residente tendrá capacidad para realizar la asistencia hasta un Nivel de Responsabilidad I; de modo que podrá realizar la exploración de forma autónoma, anotar en Historia Clínica los datos de la evolución, solicitar pruebas complementarias, firmar tratamiento (esto último bajo supervisión directa del médico adjunto), etc... pero los Informes de Alta realizados deberán siempre estar firmados por el residente y el médico adjunto responsable.

Los residentes serán supervisados en la realización de las técnicas necesarias dentro de su formación como por ejemplo las punciones lumbares, los frotis faríngeos o la lectura e interpretación del electrocardiograma. A medida que el residente va avanzando en su formación y va adquiriendo competencias el grado de supervisión es menor. Los residentes se incorporan progresivamente la realización de técnicas más complejas, como por ejemplo:

- Manejo de la vía aérea: apertura de la vía aérea, colocación de la cánula de Guedel, ventilación con mascarilla y bolsa autoinflable
- Reanimación cardiopulmonar
- Procedimientos de Sedoanalgesia
- Sedoanalgesia inhalatoria
- Medición de la presión del líquido cefalorraquídeo
- Ventilación con alto flujo

Las demás técnicas serán realizadas por los Residentes en función de la autonomía y habilidades adquiridas, y con supervisión decreciente en función del año de residencia.

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN NEONATOLOGÍA:

Durante la rotación por la Unidad de Neonatología y UCI neonatal las actividades y técnicas siempre se realizarán con un nivel de responsabilidad 2, ya que se asume en todo momento supervisión directa por el Médico Adjunto Responsable de UCIn.

En cuanto a las técnicas de punción lumbar y punción suprapúbica se aplican los mismos principios que los comentados durante la rotación en planta.

Con respecto a la asistencia a partos, los residentes comienzan su formación durante el primer año de residencia en la rotación por neonatología. Los residentes de primer año acudirán en todo momento con el médico adjunto responsable a los partos en turno de mañana, pudiendo realizar técnicas o asistencia con un nivel de responsabilidad 2. Durante las guardias intentarán acudir siempre que su presencia en el Servicio de Urgencias no sea imprescindible o pueda demorarse. Durante el segundo año y sucesivos la responsabilidad será adquirida de forma creciente, en función de la autonomía y las habilidades adquiridas de cada residente. Una vez el residente haya realizado su rotación por neonatología (a partir del segundo año) podrá sólo, sin supervisión directa por el médico adjunto, asistir a partos considerados de riesgo no elevado; de éste modo será el médico adjunto quien decida en cada momento, en función del riesgo del parto, y de la autonomía del residente, el nivel de responsabilidad. El residente deberá avisar siempre al médico adjunto de neonatología responsable en reanimaciones de tipo 2 en adelante y ante cualquier

complicación que surja.

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN CONSULTAS EXTERNAS

La rotación por las distintas subespecialidades de pediatría se suele realizar de forma ambulatoria, en las distintas Consultas Externas. El mayor porcentaje de esta actividad se programa a partir del 2º año de residencia, por lo que se considera que el residente ya tiene formación de base suficiente para llevarla a cabo. De este modo la supervisión en CCEE se realiza de forma individualizada en función de los distintos departamentos, con responsabilidad progresiva. Es el Médico Adjunto Especialista el responsable de toda la actividad realizada en dicha rotación. Los residentes pueden realizar anotaciones en la Historia Clínica con los mismos principios que los expuestos para la planta, pero los informes evolutivos y de alta que se entregan al paciente deben estar firmados obligatoriamente por ambos (residente y médico adjunto).

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

La rotación por el Servicio de Cirugía Pediátrica se realizará en el primer año de residencia. En ella se incluye la asistencia a CCEE de Cirugía Pediátrica donde se aplica lo expuesto previamente con respecto a la rotación por Consultas Externas

En la asistencia a quirófanos, el residente tendrá siempre un nivel máximo de responsabilidad 3 (asistirá como espectador, sin realizar actividad por sí mismo); siendo el Cirujano responsable de la cirugía el responsable de la actividad realizada en ella.

En cuanto a la actividad relacionada con la sedación o anestesia del paciente o realización de técnicas de manejo de vía aérea. Se realizará siempre hasta un nivel máximo de responsabilidad 2.

SITUACIONES ESPECIALES EN LAS QUE, CUALQUIER RESIDENTE, SEA CUAL SEA SU AÑO DEBE AVISAR A SU MÉDICO ADJUNTO RESPONSABLE:

- Parada cardiorrespiratoria.
- Paciente inestable hemodinámicamente (shock, etc....).
- Paciente con depresión neurológica grave (coma, etc...).
- Paciente con necesidad de cirugía urgente o previo paso a quirófano.
- Sospecha de abuso sexual, lesión objeto de denuncia a la Policía o Juzgado, o cualquier otras 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 que haya valorado al paciente.
- Traslado de pacientes a otro centro.
- Problemas en la relación médico-paciente con los padres o tutor del menor.
- El residente podrá recurrir o consultar al médico especialista responsable en cualquier otra

circunstancia que considere necesaria.

El residente tendrá adjuntos disponibles de forma ininterrumpida durante las 24 horas del día para la discusión de casos y la ayuda en la valoración de los pacientes y la toma de decisiones.

Este proceso en el cual el residente va asumiendo más responsabilidades se realizará de forma totalmente individualizada y teniendo en cuenta la valoración de cada residente por parte de su tutor.

Asimismo, se les instruirá en la utilización racional de los recursos humanos y técnicos en la asistencia de los pacientes y se les ha de iniciar o proseguir su formación en la adquisición de habilidades para la investigación y la docencia.