

## PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

### PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS

**Dr Hector Boix. Jefe de servicio de Pediatría.**  
**Dra. Mati Viñas.** Tutora Residentes Pediatría

*Presentado y aprobado por Comisión de Docencia 15/ julio / 2024*

## INDICE

1. OBJETO Y ALCANCE	<a href="#">3</a>
2. BASES LEGISLATIVAS	<a href="#">3</a>
3. SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES	<a href="#">5</a>
3.1. GENERALIDADES	<a href="#">5</a>
3.2. ACTIVIDADES	<a href="#">6</a>
3.2.1. ROTACIÓN POR URGENCIAS PEDIÁTRICAS	<a href="#">7</a>
3.2.2. ROTACIÓN POR CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	<a href="#">8</a>
3.2.3. ROTACIÓN POR CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	<a href="#">10</a>
3.2.4. ROTACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA	<a href="#">12</a>
3.2.5. ROTACIÓN POR ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS	<a href="#">13</a>

## 1. OBJETO Y ALCANCE

El objeto de este documento es establecer las bases que permiten graduar el nivel de supervisión de los residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas para asegurar que adquieren los conocimientos y habilidades necesarias en su práctica asistencial en este ámbito.

A lo largo de la 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 especializada.

Se ha elaborado este protocolo de supervisión en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades de 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”.

En este protocolo se incluyen las principales áreas de rotación que se han previsto en el itinerario formativo de la especialidad, recogido en la Guía Formativa de la Especialidad.

Este documento es aplicable a todos los residentes de Pediatría que cursan su residencia en el HU Dexeus. Afectará a los residentes que han obtenido una plaza en nuestra Unidad Docente de Pediatría y sus Áreas Específicas, así como a aquellos residentes que, no habiendo obtenido su plaza en nuestra Unidad Docente, se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestras Unidades Docentes.

Así mismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que realicen, en Centros o Unidades Docentes externas, los residentes pertenecientes a nuestras Unidades Docentes.

## 2. BASES LEGISLATIVAS

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.

Su elaboración ha 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 transcriben 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 servicio 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 éstos 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 responsabilidad en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de 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 Docente por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas revisarán 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 consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

### 3. SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES

#### 3.1. GENERALIDADES

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes está en 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 al adjunto responsable. El residente 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 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, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Si bien se establecen niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada periodo formativo, es evidente que los conocimientos y las habilidades del residente progresan con el paso del tiempo, por lo tanto, disminuirá el nivel de supervisión directa en aras de una mayor responsabilidad del residente.

### 3.2. ACTIVIDADES

La supervisión de residentes de **primer año** ha de ser siempre de presencia física (nivel 3) y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del Centro o Unidad Docente por los que el personal en formación esté rotando.

La supervisión de los residentes **a partir del segundo año** de formación irá decreciendo de forma progresiva, sin que nunca pueda ser menor que lo establecido como objetivo para una determinada actividad, en ese año formativo.

Las actividades aprendidas en años anteriores mantienen el nivel de supervisión previo, al inicio del siguiente año formativo, para ir disminuyendo a lo largo del mismo.

Para las actividades de nueva realización, se establece el nivel de supervisión máxima (nivel 3) al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

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). Cuando un residente no consiga alcanzar los conocimientos necesarios para progresar en su formación, no se puede disminuir el nivel de supervisión de la actividad en cuestión, teniendo que poner este hecho en conocimiento del Tutor de residentes, quién podrá adaptar y redefinir los niveles de supervisión de la rotación hasta que se constate que la progresión del residente garantiza la calidad de la formación.

Como norma general, para los residentes de primer año se considera que el nivel de supervisión del residente será de nivel 3, supervisión por presencia física. Los documentos generados por los residentes de primer año, por ejemplo, los informes de alta, serán supervisados y autorizados por escrito por un especialista competente en el contenido de la atención que realice el residente.

A continuación, se describen las principales actividades que se realizan en cada una de las áreas básicas de formación durante la residencia de Pediatría en nuestro centro y sus diferentes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión en función del año de residencia que se esté cursando. Hay que destacar que mientras que las rotaciones básicas se repiten en los diferentes años, en otras áreas sólo se realizan en un periodo concreto de la formación. Por lo tanto, en estas últimas, el nivel de supervisión será máximo (nivel 3) al inicio de la rotación y podrá evolucionar a niveles de mayor responsabilidad y menor necesidad de supervisión en el transcurso del tiempo dedicado a la rotación en dicha área en función de la adquisición de diferentes competencias específicas.

### **3.2.1. ROTACIÓN POR URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

La rotación por el servicio de urgencias del hospital se realiza en dos periodos en el primer y segundo año de residencia. Además, la formación en urgencias pediátricas se completa con la atención continuada durante toda la residencia.

En el primer año de residencia el residente atiende, generalmente, pacientes triados con nivel de gravedad 4-5 en el sistema de triaje de urgencias pediátricas. El residente es supervisado por el adjunto a la hora de pedir pruebas complementarias y los informes de alta son ratificados por el adjunto, quien firma el informe.

Del mismo modo, tras haber realizado la formación adecuada, realizan algunas técnicas necesarias dentro de su formación como las punciones lumbares, los frotis faríngeos y nasales o la lectura e interpretación de los electrocardiogramas.

A medida que el residente va avanzando en su formación y va adquiriendo competencias, el grado de supervisión es menor.

Los residentes se incorporan de forma progresiva a la realización de técnicas más complejas como:

- Manejo de la vía aérea: apertura de la vía aérea, colocación de la cánula orofaríngea, ventilación con bolsa autoinflable y mascarilla.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Procedimientos de sedoanalgesia.
- Sedoanalgesia inhalatoria con óxido nitroso.
- Ventilación con oxigenoterapia de alto flujo.

También de forma gradual asumen la responsabilidad del manejo de los niños que acuden en situación urgente, emergente o crítica (traje 3-2-1) al servicio de urgencias, siempre bajo supervisión de los adjuntos. Un ejemplo de estos pacientes que requieren una atención inmediata o preferente son:

- Gastroenteritis con deshidratación o hipoglicemia
- Cetoacidosis diabética

- Insuficiencia respiratoria y estatus asmático
- Convulsión y estatus epiléptico
- Infecciones graves del sistema nervioso central: meningitis y encefalitis
- Paciente séptico con o sin shock.

El **objetivo** fundamental del paso de los residentes por el servicio de Urgencias Pediátricas es el enfoque práctico de la patología pediátrica desde el prisma de su presentación en urgencias. Para ello se basarán en los protocolos diagnósticos y terapéuticos del servicio.

La formación adquirida en las rotaciones se complementa con la de la asistencia continuada que prestará en urgencias durante el resto de la residencia.

El residente tiene adjuntos disponibles las 24h del día para la discusión de casos y la toma de decisiones.

En este proceso el residente va asumiendo más responsabilidades de forma individualizada y teniendo en cuenta la valoración de cada residente por parte de su tutor.

Además, el residente adquirirá habilidades en la comunicación con las familias en un entorno de urgencias, asistidos inicialmente por el adjunto para que adquiera progresivamente las habilidades necesarias para llevar a cabo una comunicación en urgencias de forma idónea.

### **Nivel de responsabilidad en el área de Urgencias Pediátricas**

	R1	R2	R3	R4
Historia clínica	3	2	2	1
Exploración Física	3	2	2	1
Solicitud de pruebas diagnósticas	3	3	2	1
Interpretación de pruebas diagnósticas	3	2	2	1
Indicaciones médicas terapéuticas	3	3	2	1
Informe de alta de la unidad y documentos clínicos * ratificado con firma del adjunto responsable	3*	3	2	1
Cumplimentar documentos de consentimiento informado y/o partes judiciales	3	3	2	1
Información a familiares				
- Sobre medidas diagnósticas y terapéuticas	3	2	2	1
- Al alta	3	2	2	1
- Ante situaciones adversas	3	3	2	2

### **3.2.2. ROTACIÓN POR CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

La rotación por Cuidados Intensivos Pediátricos se reparte en dos períodos, además de las horas de atención continuada que el residente realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a partir de R3.

Durante el segundo año de residencia el residente rota 1 mes en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos en la que, principalmente, se formará los conceptos relacionados específicamente con las áreas de críticos y el cuidado del paciente cardíaco crítico y su postoperatorio.

Además, durante el período de R2 el residente realizará una estancia de 2 meses en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital De Sant Joan de Déu, en la que completará su formación en críticos en otras patologías.

Finalmente, durante el tercer año de residencia, el residente completará su formación en críticos pediátricos con una rotación de 3m por nuestra Unidad De Cuidados Intensivos Pediátricos.

Los residentes que rotan por nuestra Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos son residentes de segundo y tercer año. Los residentes exploran y valoran diariamente a los niños ingresados en la Unidad, colaboran en la realización de los cursos clínicos y del informe de alta de la unidad con la supervisión del adjunto de Cuidados Intensivos Pediátricos, diseñando la conducta a seguir.

Además, complementarán su aprendizaje durante las guardias de R2 a R4 en esta unidad.

En función del nivel formativo del residente se puede modular la supervisión ejercida.

Los **principales objetivos** de la rotación por la Unidad de Críticos Pediátricos son conocer y manejar las situaciones propias de los intensivos pediátricos como:

- Soporte hemodinámico: volumen e inotrópicos.
- Nutrición enteral y parenteral en el niño crítico.
- Sedoanalgesia y relajación muscular.
- Solicitud e interpretación de las pruebas complementarias habituales.

Los residentes se incorporarán de forma progresiva a la realización de técnicas y al manejo de dispositivos habituales de la unidad de cuidados intensivos como:

- Colocación de vías centrales, catéteres arteriales e intubación.
- Programación y ajuste de ventiladores invasivos y no invasivos.
- Monitorización propia de la unidad de cuidados intensivos y su interpretación.

Dado que en el contexto de un modelo de Atención Centrado en la Familia los padres acompañan en todo momento a sus hijos, el residente se iniciará en la comunicación con las familias en un entorno de paciente crítico, asistidos por el adjunto, para que adquiriera progresivamente las habilidades necesarias para llevar a cabo una comunicación en situaciones críticas de forma idónea.

### **Nivel de responsabilidad de Unidad de Críticos Pediátricos**

	R2	R3	R4
Historia clínica	1	1	1
Exploración Física	2-1	1	1
Solicitud de pruebas diagnósticas	2	2	2-1
Interpretación de pruebas diagnósticas	2	2	2-1
Indicaciones médicas terapéuticas			
- Indicación de soporte vital	3	3	3-2
- Perfusiones, bombas de sedoanalgesia, antibióticos	3	3	2
- Parenterales, inotrópicos, antiarrítmicos	3	3	3-2
- Cuidados: úlceras, fisioterapia, entorno psicosocial	3	2	2-1
Informe de alta de la unidad y documentos clínicos	3-2	2	2-1
Técnicas diagnósticas-terapéuticas invasivas (vías centrales, intubación, programación de ventiladores)	3	3	3-2
Información a familiares	3	2	2-1

### 3.2.3. ROTACIÓN POR CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

La rotación por la Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología se distribuye durante los 4 años de residencia. Durante el primer año, se realiza una rotación de 3 meses por la Sala del Recién Nacido, donde el residente tendrá su primera toma de contacto con el recién nacido sano y sus familias para, progresivamente, ir incorporándose a la asistencia al recién nacido con patología. Durante este período aprenden la valoración del recién nacido sano (ingreso) supervisada por el adjunto y acompañan a otros residentes mayores o al adjunto en la exploración al alta. No firman ningún informe.

Los residentes completan su formación en cuidados neonatales con la asistencia continuada en las áreas de la Unidad a partir del segundo año, al iniciar su rotación por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

El residente tiene adjuntos disponibles las 24h del día para la discusión de casos y ayuda en la toma de decisiones y valoración del paciente, tanto en la rotación como en la atención continuada.

A medida que el residente va avanzando en su formación y va adquiriendo competencias, el grado de supervisión es menor.

Los residentes se incorporan de forma progresiva a la realización de técnicas, entre otras:

- Asistencia respiratoria: no invasiva y ventilación mecánica.
- Soporte hemodinámico (volumen e inotrópicos).
- Cuidados específicos del prematuro.
- Nutrición parenteral y enteral.
- Hipotermia terapéutica.

- Punción lumbar o de reservorios craneales.
- Sedoanalgesia y relajación muscular.
- Interpretación de exámenes complementarios.
- Monitorización e interpretación de la misma.
- Y también, gradualmente, asumen la responsabilidad del manejo de los niños que ingresan en la Unidad, siempre bajo la supervisión de los adjuntos. Un ejemplo de pacientes que requieren una atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son:
  - Prematuro.
  - Recién nacido con dificultad respiratoria.
  - Malformaciones cardiovasculares: estabilización, postoperatorio.
  - Hernia diafragmática.
  - Enfermedad hipóxico isquémica perinatal.
  - Sepsis neonatal (de transmisión vertical o nosocomial).
  - Malformaciones.

En este proceso el residente va asumiendo más responsabilidades de forma individualizada y teniendo en cuenta la valoración de cada residente por parte de su tutor.

Además, dado que en el contexto de un modelo de Atención Centrado en la Familia los padres acompañan en todo momento a sus hijos, el residente adquirirá habilidades en la comunicación con las familias en un entorno de paciente crítico, asistidos por el adjunto para que adquiera progresivamente las habilidades necesarias para llevar a cabo una comunicación en situaciones críticas de forma idónea.

### **Nivel de responsabilidad en Nursery y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**

<b>NURSERY</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>
<b>Historia clínica</b>	3	3	2	1
<b>Exploración Física</b>	3	2	2	1
<b>Solicitud de pruebas diagnósticas</b>	3	2	2	1
<b>Interpretación de pruebas diagnósticas</b>	3	2	2	1
<b>Indicaciones médicas</b>	3	2	2	1
<b>Informe de Alta</b>	NA	3	2	2
<b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES</b>			<b>R3</b>	<b>R4</b>
<b>Historia clínica</b>			1	1

<u>NURSERY</u>	R1	R2	R3	R4
Exploración Física			2-1	1
Solicitud de pruebas diagnósticas			2	2-1
Interpretación de pruebas diagnósticas			2	2-1
Plan terapéutico				
- Cuidados: contención, control del dolor, úlceras, entorno psicosocial			2	2-1
- Nutrición enteral/oral			2	2-1
- Perfusiones, sedoanalgesia intravenosa continua, antibióticos			2	2-1
- Parenterales, inotrópicos, antiarrítmicos			3	3-2
- Ventilación no invasiva			3-2	2-1
- Indicación de soporte vital: ventilación mecánica, ventilación de alta frecuencia, depuración extrarenal, hemoderivados,			3	3-2
- Hipotermia terapéutica			3	3-2
Informes y documentación clínica			2	2-1
Técnicas diagnósticas y terapéuticas invasivas: vías centrales, intubación, programación de ventiladores			3	3-2
Información a familiares			2	2-1

### 3.2.4. ROTACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA

La rotación por hospitalización de pediatría se realiza en tres períodos a lo largo de la residencia, además de la atención continuada que el residente realiza en hospitalización pediátrica a partir de su primer rotatorio en la Unidad.

Esta rotación está basada en el concepto de pediatría interna hospitalaria que pretende la prestación de una atención médica integral y de alta calidad al paciente hospitalizado. En los últimos años la pediatría interna hospitalaria ha adquirido un fuerte impulso debido al trabajo en términos de eficiencia y medicina basada en la evidencia, la docencia, el aumento de enfermos pluripatológicos o con necesidades especiales, entre otros. Además, las técnicas a pie de cama y la incorporación de herramientas de soporte como la oxigenoterapia de alto flujo, han exigido una mayor especialización de la asistencia en estas áreas.

El Hospital y el Servicio de Pediatría establecen su asistencia en un modelo de atención eficiente, de calidad y centrado en la familia, con especial cuidado a la experiencia del paciente y su familia. De acuerdo con este compromiso, se pone especial cuidado en que los residentes incorporen a los familiares en el proceso asistencial, adquieran habilidades de comunicación con las familias y sean sensibles a sus necesidades.

Los **principales objetivos** de la rotación en hospitalización pediátrica son:

- Adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para el manejo del niño hospitalizado.

- Adquirir habilidades: comunicativas, de trabajo en equipo, de autoaprendizaje, docentes y de investigación.
- Ofrecer una atención completa, adecuada a las necesidades del paciente, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento y la realización de procedimientos médicos.
- Alcanzar una capacidad de respuesta rápida frente a cambios en la situación clínica del paciente hospitalizado.
- Contribuir a 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.
- Asegurar la continuidad asistencial participando en el proceso de transición del hospital a domicilio o a otras entidades de los pacientes dados de alta.
- Colaborar en los procesos de mejora de la calidad.
- Realizar un uso eficiente de los recursos hospitalarios y de la atención sanitaria.

#### **Nivel de responsabilidad en hospitalización de pediatría**

	R1	R2	R3	R4
<b>Historia clínica</b>				
- En patología de alta prevalencia	3	2	1	1
- En patología compleja	3	3	2	2-1
<b>Exploración Física</b>				
- En patología de alta prevalencia	3	2	2	1
- En patología compleja	3	3	3	2-1
<b>Solicitud de pruebas diagnósticas</b>				
- Rx, analítica general, (sangre y orina), aspirado nasofaríngeo, cultivos periféricos, test antigénicos, ECG, monitor de apneas, ECG...	3-2	2-1	1	1
- TC, RM, marcadores analíticos específicos, EEG, gammagrafía...	3	3	3-2	2
<b>Interpretación de pruebas diagnósticas</b>	3	3	2	1

	R1	R2	R3	R4
Indicaciones médicas	3	2	2	1
- Broncodilatadores, corticoides orales, antibióticos en infección comunitaria, oxigenoterapia, analgesia de primer nivel, fluidoterapia de mantenimiento...				
- Cuidados: úlceras, entorno psicosocial				
- Tratamiento del broncoespasmo/bronquiolitis grave, corrección de diselectrolitemias, antibioterapia en paciente séptico o con carbapenems, alimentación con fórmulas especiales o por SNG	3 3	2 3	2-1 2	1 2-1
- Parenterales, infusión continua de gammaglobulinas, transfusiones, sedaciones para procedimientos, analgesia con mórnicos o similares y otros fármacos de alta toxicidad...	3	3	3	2
- Coordinación con otros profesionales del propio hospital				
- Coordinación con profesionales de otros centros para seguimiento al alta	3	2	2	1
	3	3	2	2-1
Informe de alta y documentación clínica (validada y firmada por el adjunto)	3	2	2	1
Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas (punción lumbar, alto flujo...)	3-2	2	2	1
Cumplimentar documentos de consentimiento informado y/o partes judiciales	3	3	2	1
Información a los familiares				
- De la situación clínica diaria	3	2	2	1
- Del alta	3	3	2	1
- De situaciones adversas	3	3	3	2

### 3.2.5. ROTACIÓN POR ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

Las rotaciones por las especialidades pediátricas están planteadas para alcanzar unos conocimientos básicos de las diferentes especialidades que mejoren la atención como pediatras generales.

El **objetivo principal** es conocer las patologías más prevalentes de estas especialidades, así como aprender las herramientas diagnósticas más frecuentes e iniciarse en los tratamientos específicos propios de la especialidad en las patologías más prevalentes.

Como **objetivo secundario** se plantea que, como pediatra general, el residente tenga las habilidades necesarias para optimizar el manejo de estas patologías, desde la atención primaria, en coordinación con los especialistas.

#### 1. EN CONSULTAS EXTERNAS:

Durante el segundo, tercer y cuarto año de residencia los residentes atienden como observadores en las consultas propias de los adjuntos. En ellas el nivel de responsabilidad de los residentes de 2º y 3º año es de 3 al inicio de la rotación, pudiendo alcanzar un nivel 2 en algunos aspectos al finalizar la misma. En los residentes de 4º año pueden alcanzar un nivel de responsabilidad de 1 en algunos supuestos

## **2. EN HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA**

En la hospitalización de pediatría se pasa visita a algunos pacientes ingresados a cargo de las especialidades. El residente hace la anamnesis del motivo de consulta y los antecedentes del paciente, que comenta con el adjunto de hospitalización pediátrica. Posteriormente se realiza una exploración conjunta y una prescripción médica supervisada que, posteriormente, se comentará con el especialista correspondiente para su consenso.

A medida que el residente va avanzando en su formación y va adquiriendo competencias y habilidades, el grado de supervisión es menor. Este proceso en el que el residente va asumiendo más responsabilidades se realiza de forma totalmente individualizada y teniendo en cuenta la valoración de cada residente por parte de su tutor.

En cada Servicio de especialidad hay un coordinador docente que supervisa el aprendizaje del residente. Se le facilitan unos objetivos docentes y se hace una entrevista con el tutor del residente para valorar la estancia del mismo en la especialidad. El residente realiza una valoración de su estancia en el Servicio de Especialidad. La Comisión de Docencia entregará una vez al año, un resumen de las valoraciones de cada servicio para que éste se plantee objetivos de mejora docente.

### **Nivel de responsabilidad en Especialidades**

	R1	R2	R3	R4
Historia clínica	3	3	2	1
Exploración Física	3	2	2	1
Solicitud de pruebas diagnósticas	3	2	2	1
Interpretación de pruebas diagnósticas	3	2	2	1
Indicaciones médicas	3	2	2	1
Informe de alta	NA	3	2	2