

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Comisión de Docencia · Formación Sanitaria Especializada

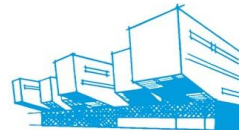
PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD

Médicos Internos Residentes de Medicina Intensiva

Versión 3.0 · Actualización Mayo 2026

Supervisado por	Autores
Francisco de Borja Hernández Moreno Presidente de la Comisión de Docencia Jefe de Estudios (JdE) FSE — HUGV	Dra. Lili Mateus Sanabria Tutora de Residentes de Medicina Intensiva Dra. Ana Gamo de Maeyer Jefa del Servicio de Medicina Intensiva

V.	Fecha	Modificación	Resp.
1.0	2023	Versión inicial del protocolo	JdE/ Tutora
2.0	Mayo 2025	Actualización del protocolo	JdE/Tutora
3.0	Mayo 2026	Revisión 2026 (Plan de Mejora FSE). Actualización formato institucional, corrección referencias normativas y actualización RD 589/2022.	JdE/Tutora



ÍNDICE

1. Introducción

2. Normativa aplicable

3. Principios generales

4. Objetivos docentes

4.1 Definición de los niveles

4.2 Hospitalización e UCI

4.3 Guardias

4.4 Objetivos por año de residencia

5. Tareas y responsabilidades

6. Circunstancias especiales

Anexo 1. Supervisión de la especialidad

1. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario General de Villalba (HUGV) tiene como objetivo principal impartir una docencia de calidad a los residentes basada en la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad.

El Real Decreto 183/2008 establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos los aspectos relativos a la supervisión, haciendo especial mención a las áreas asistenciales significativas. Por ello, la Comisión de Docencia ha elaborado protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía para los residentes del HUGV.

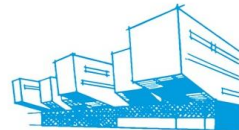
2. NORMATIVA APLICABLE

El presente protocolo se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del HUGV a la siguiente normativa:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, sobre especialidades en Ciencias de la Salud y formación sanitaria especializada (artículo 15).
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, sobre criterios generales de las comisiones de docencia.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, sobre la relación laboral especial de residencia.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario.
- Resolución de 25 de abril de 1996, Programa de la especialidad de Medicina Intensiva aprobado por la Comisión Nacional.
- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, sobre protección del derecho a la intimidad del paciente por alumnos y residentes.
- Resolución de 21 de marzo de 2018 sobre directrices básicas de los documentos de evaluación de especialistas en formación.
- Real Decreto 589/2022, de 18 de julio, por el que se regulan las especialidades en Ciencias de la Salud.

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión de los residentes de Medicina Intensiva se someterá a los principios generales del RD 183/2008:



1. Deber general de supervisión como principio rector. Los profesionales de los dispositivos asistenciales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
2. Responsabilidad progresiva del residente: asunción progresiva de responsabilidades y nivel decreciente de supervisión hasta alcanzar el ejercicio autónomo de la especialidad.
3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas del centro, sin perjuicio de plantear cuantas cuestiones se susciten.
4. La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física. Los especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos clínicos.
5. La supervisión decreciente a partir del segundo año tendrá carácter progresivo. El tutor podrá impartir instrucciones específicas según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

PRINCIPIO FUNDAMENTAL

Todo residente, independientemente de su año de formación, deberá consultar al adjunto supervisor ante cualquier duda en el manejo de un paciente.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El objetivo de la formación médica especializada es dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo.

Por lo que concierne a las funciones del Médico Intensivista en formación, se pueden sistematizar en tres grandes ámbitos:

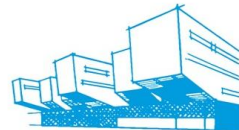
- **Bases del conocimiento científico:** sólida formación en Medicina Interna como cuerpo doctrinal del conocimiento clínico; Fisiopatología para reconocer y tratar situaciones críticas; y Bioingeniería para el aprovechamiento de la compleja instrumentalización de las UCIs (monitores, transductores de presión, respiradores, gases industriales).
- **Habilidades de tipo práctico:** dominio de técnicas procedentes de otras especialidades (control de la vía aérea, manejo de respiradores, canalización de vías venosas centrales, RCP avanzada, etcétera).
- **Aspectos éticos y sociológicos:** los avances tecnológicos en medidas de soporte vital y la capacidad de consumir recursos limitados hacen necesario adecuar los medios disponibles, estableciendo criterios de selección de pacientes y los límites de las medidas activas de soporte, para evitar la obstinación terapéutica.

4.1 Definición de los niveles de supervisión

Nivel	Denominación	Descripción	Implicación del especialista
3	Supervisión alta (realización por especialista)	Solo conocimiento teórico, sin experiencia práctica.	Actividad realizada por el especialista. El residente observa y asiste.
2	Supervisión media (supervisión directa)	Conocimiento teórico pero experiencia insuficiente para actuar de forma independiente.	Actividad bajo supervisión directa del adjunto, físicamente presente.
1	Supervisión baja (a demanda)	Habilidades adquiridas que permiten actuar de manera independiente.	El residente ejecuta e informa al adjunto. Consulta si lo considera necesario.

4.2 Asistencia a pacientes ingresados — Hospitalización e UCI

El residente de Medicina Intensiva será asignado a un adjunto responsable en cada período de rotación. Deberá tener a su cargo, con responsabilidad paulatinamente creciente, entre 3 y 6 camas en el área de críticos y entre 6 y 8 en rotaciones externas, supervisado siempre por un médico de plantilla.



La misión del residente incluye: realización de la historia clínica, exploración física, planteamiento diagnóstico, estrategia de estudio, plan terapéutico e informe de alta cuando esté capacitado, todo ello con supervisión progresivamente decreciente del médico de plantilla.

4.3 Guardias y atención continuada

Año	Estructura de guardias
R1	Entre 4-5 guardias mensuales en Urgencias durante los primeros once meses + 1 guardia en planta de hospitalización. A partir del 12.º mes: todas las guardias en UCI (5-6/mes).
R2	Guardias en el Servicio de Medicina Intensiva y en los servicios específicos en rotación (Unidad Coronaria, UCRI, Unidad de ICTUS).
R3 – R5	Guardias exclusivamente en el Servicio de Medicina Intensiva, excepto durante rotaciones por unidades específicas (Politrauma, Neurocríticos, Quemados, Cirugía Cardíaca), en las que se hacen guardias en dichos servicios.

4.4 Objetivos por año de residencia

Las primeras llamadas a la UCI serán atendidas por el residente, quien deberá comentar al adjunto responsable todas las llamadas. El adjunto decidirá el nivel de supervisión (1, 2 o 3) en función de la experiencia y capacitación del residente. En la atención de pacientes ingresados en la Unidad, el residente consultará con el adjunto todas las situaciones clínicas y actividades terapéuticas relevantes, manteniéndole informado de todas sus actuaciones.

Residente de primer año (R1)

Objetivo principal: Iniciarse en la práctica asistencial de carácter urgente. Identificar la patología grave que requiere respuesta inmediata y poner en marcha los recursos más adecuados. La supervisión será siempre de presencia física. El R1 no podrá firmar documentos de alta o baja sin la firma del facultativo responsable.

Objetivos específicos:

- Realizar historia clínica y valoración global del paciente. Redactar cursos clínicos y epicrisis.
- Exploración física sistematizada. Iniciarse en el ABC del paciente crítico.
- Indicación y valoración de analítica, radiografía simple de tórax y electrocardiograma.
- Iniciarse en punciones lumbares, toracocentesis, paracentesis y artrocentesis.
- Manejo inicial de insuficiencia cardíaca, descompensación respiratoria, patología neurológica e insuficiencia renal.

Residente de segundo año (R2)

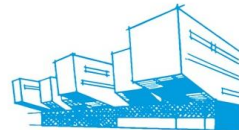
Objetivo principal: Progresar en la práctica asistencial urgente de forma cada vez más autónoma, aunque la práctica totalidad de las actuaciones esté tutelada. Iniciarse en canalización de vías venosas y arteriales, manejo de vía aérea y punciones (lumbar, toracocentesis, paracentesis). La supervisión decreciente tendrá carácter progresivo.

Residente de tercer año (R3)

Objetivo principal: Progresar en la atención al paciente en UCI y en Urgencias, perfeccionando las habilidades del año anterior. El grado de tutela será decreciente, con el objetivo de que al final del año sea mínimo.

Competencias clave a adquirir:

- Diagnóstico y tratamiento de patologías críticas del SNC, metabólicas, respiratorias, cardiovasculares, nefrológicas, hematológicas, infecciosas y gastrointestinales.
- Manejo completo de la ventilación mecánica (modos, control, complicaciones y desconexión). Control de vía aérea: intubación traqueal y traqueostomía.
- Atención inicial al paciente con trauma grave y sus complicaciones. Manejo de pérdidas masivas de sangre.
- Fluidoterapia, nutrición enteral y parenteral. Técnicas de depuración extrarrenal.
- Fisiopatología, clínica y tratamiento de la sepsis y fracaso multigánico.
- Criterios clínicos y legales de muerte cerebral. Favorecimiento de la donación de órganos.
- Aspectos médico-legales y bioéticos de la práctica clínica en UCI.



Residente de cuarto año (R4)

Objetivo principal: Dominio de la práctica asistencial de forma prácticamente autónoma. Casi ninguna actividad estará tutelada directamente. Énfasis en patología cardiovascular crítica.

Competencias clave a adquirir:

- Técnicas de resucitación cardiopulmonar avanzadas. Diagnóstico y tratamiento del taponamiento cardíaco.
- Clínica y fisiopatología del shock, angina, infarto agudo de miocardio y sus complicaciones.
- Diagnóstico y tratamiento de la disección aórtica y rotura de aneurisma torácico.
- Tratamiento farmacológico o eléctrico de arritmias cardíacas y trastornos de conducción.
- Manejo del postoperatorio de cirugía cardiovascular extracorpórea. Indicaciones y uso de dispositivos de asistencia circulatoria.

Residente de quinto año (R5)

Objetivo principal: Dominio autónomo de la práctica asistencial. Profundización en gestión de UCI, investigación clínica y formación continuada.

Competencias clave a adquirir:

- Estructura física y funcional de las UCIs: recomendaciones arquitectónicas, de personal y sistemas de control de calidad.
- Métodos de práctica clínica basada en evidencia: selección e interpretación de pruebas diagnósticas, diseño de protocolos y elaboración de trabajos de investigación.
- Aspectos médico-legales y bioéticos: responsabilidades legales, consentimientos, adecuación del esfuerzo terapéutico y ensayos clínicos.
- Atención médica urgente ante catástrofes intra y extrahospitalarias: triaje, transporte sanitario, evacuación y planes de emergencia hospitalarios.

5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

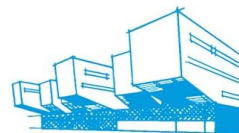
- Durante los primeros años de formación, el facultativo orientará al residente en los casos a seguir, indicándole las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento.
- En los últimos años, la labor del facultativo es de supervisión indirecta, estando siempre disponible como consultor o para intervenir cuando la situación supere las capacidades del residente.
- El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento sobre un paciente y ante cualquier duda diagnóstica o terapéutica.

6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE SUPERVISIÓN OBLIGATORIA

En las siguientes circunstancias, el residente estará supervisado durante toda su residencia, independientemente del año de formación:

- Cuidados al final de la vida y situaciones críticas que repercutan sobre la supervivencia inmediata del paciente.
- Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).
- Cuestiones éticas que afecten al paciente o a su familia de forma directa o indirecta.
- Situaciones de conflicto con pacientes o familiares y cuando existan implicaciones legales o sea necesario informar a autoridades judiciales.
- Decisiones sobre traslados hospitalarios, cambios de centro o admisión de pacientes desde otro centro.
- Decisiones sobre material o medicación que haya que solicitar a otro centro.

Recuerda: Nivel 1 no significa ausencia de supervisión. El residente actúa de forma independiente pero **siempre informa al adjunto y consulta ante cualquier duda.**



ANEXO 1 — NIVELES DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD

3	Realización por especialista	2	Supervisión directa del adjunto	1	Autónomo — supervisión a demanda
----------	------------------------------	----------	---------------------------------	----------	----------------------------------

Habilidad / Área asistencial	R1	R2	R3	R4	R5
Realización de entrevista clínica	2-3	1-2	1-2	1	1
Valoración del estado funcional, mental y entorno social	2-3	1-2	1-2	1	1
Exploración física	2-3	1-2	1	1	1
Indicación e interpretación de pruebas complementarias básicas	2-3	1-2	1	1	1
Realizar punciones	2-3	2	1-2	1	1
Elaboración de juicio clínico	2-3	2	1	1	1
Manejo de vía aérea y ventilación mecánica. Accesos vasculares. RCP avanzada. Toracocentesis, paracentesis, pericardiocentesis, punción lumbar	3	3	2-3	1-2	1
Reconocer y manejar enfermedades del paciente crítico	3	2	1-2	1	1
Realización de plan terapéutico	2-3	2	1	1	1
Realización de informe de alta	2-3	2	1	1	1
Información a pacientes	2-3	2	1	1	1
Información a familiares	2-3	1	1	1	1
Manejo de situaciones difíciles (malas noticias, pacientes violentos)	3	2-3	1-2	1	1
Información en situaciones al final de la vida	3	2-3	1-2	1	1
Planificación estructurada de procesos estandarizados	3	2	1	1	1
Presentación de casos clínicos en el servicio	2-3	2	1	1	1
Solicitud de consentimiento informado	2-3	2	1	1	1

Francisco de Borja Hernández Moreno

Jefe de Estudios FSE — Presidente de la Comisión de Docencia · HUGV

Collado Villalba, mayo de 2026

Firma: