



HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Comisión de Docencia · Formación Sanitaria Especializada

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD

Médicos Internos Residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas

Versión 3.0 · Actualización Mayo 2026

Supervisado por	Autores
Francisco de Borja Hernández Moreno Presidente de la Comisión de Docencia Jefe de Estudios FSE (JdE) — HUGV	Dra. Alba Pérez Pérez Tutora de Residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas Dra. Tamara Carrizosa Molina Jefa del Servicio de Pediatría y sus Áreas Específicas

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](#)

[4.3 Hospital de día pediátrico](#)

[4.4 Consulta externa](#)

[4.5 Guardias](#)

5. Tareas y responsabilidades

6. Circunstancias especiales

[Anexo 1. Supervisión en hospitalización](#)

[Anexo 2. Supervisión en consultas](#)

[Anexo 3. Supervisión en guardias](#)

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.
- Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas.
- 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 Pediatría y sus Áreas Específicas 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.

Los objetivos específicos del pediatra, según el programa formativo de la especialidad (**Orden SCO/3148/2006**), son:

- **Adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para:** atender los problemas clínico-pediátricos a nivel general y de sus áreas específicas; promocionar la salud de la población infantil y adolescente; realizar labores de investigación clínica y básica; y trabajar como integrante y, si es preciso, como coordinador de equipos multidisciplinares de salud.
- **Preparar al médico para una atención pediátrica de calidad, caracterizada por ser:**
 - **Total:** en objetivos, contenido, actividades y población atendida (desde la concepción hasta el final del periodo 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 de la salud (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación), tanto en atención especializada como en atención primaria.
 - **Integrada:** la atención pediátrica se inscribe en un modelo organizado y jerarquizado, coherente con las circunstancias socioeconómicas del entorno.
 - **Individualizada y personalizada:** en condiciones de igualdad y en libertad.

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

El residente de Pediatría será asignado a un adjunto responsable de planta para aprender el manejo global y la patología del niño y del adolescente. Tendrá responsabilidad paulatinamente creciente, supervisado siempre por un médico de plantilla. La misión incluye historia clínica, exploración física, diagnóstico, plan terapéutico e informe de alta cuando esté capacitado.

4.3 Asistencia en hospital de día pediátrico

El residente de Pediatría rotará por el hospital de día pediátrico con el médico adjunto asignado y la enfermera de pediatría para la realización de pruebas funcionales, vacunaciones extraordinarias y administración de medicaciones intravenosas específicas para diferentes patologías complejas.

4.4 Asistencia en consulta externa

El residente atenderá inicialmente enfermos nuevos y progresivamente también revisiones, rotando por las consultas monográficas bajo supervisión del adjunto responsable. En el último período de residencia podrá tener una consulta monográfica supervisada a demanda al menos un día a la semana.

4.5 Asistencia en guardias

Las guardias se realizan en el Servicio de Urgencias Pediátricas del HUGV, con presencia física de adjuntos y supervisión progresiva según el año de residencia. Los criterios específicos por año se detallan en la tabla del Anexo 3.

La Unidad de Urgencias del HUGV ofrece continuidad asistencial, con una visión continua y compartida del trabajo, en la que intervienen múltiples profesionales con un objetivo común: el paciente. El fin último es atender a cualquier niño o adolescente que demande asistencia urgente en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia.

Recursos humanos de la Unidad:

- Personal Facultativo: médicos de plantilla y, cuando los haya, Médicos Internos Residentes.
- Personal Sanitario No Facultativo: Diplomados Universitarios/Graduados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.
- Personal No Sanitario: Administrativos, Celadores, Personal de Seguridad y de Limpieza.

Los médicos adjuntos de guardia disponen de buscas de localización (núm. 867081 neonatólogo; núm. 867113 y 867155 pediatras) para facilitar su accesibilidad en todo momento. Los MIR, durante su permanencia en Urgencias, se consideran adscritos funcionalmente a esta Unidad y no tendrán obligaciones en sus servicios de origen, salvo situaciones previamente definidas. El MIR de Pediatría realizará, según recomendaciones del POE, entre 4 y 6 guardias al mes.

El coordinador de Urgencias, el tutor de residentes y, en su ausencia, los facultativos de guardia son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los MIR en la Unidad. Cualquier incidencia o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor y al Jefe de Servicio y, si lo consideran oportuno, a la Comisión de Docencia.

Áreas de asistencia en la guardia pediátrica:

- **Área de emergencias y RCP (box de críticos pediátricos):** atención inmediata de emergencias Nivel 1 incluida la PCR. Atendida por médicos de guardia y residentes, con el papel de cada uno establecido.
- **Consultas (4 total):** atención de pacientes no graves (Niveles 3, 4 y 5). Los residentes desde R1 trabajan inicialmente de forma conjunta con el adjunto y paulatinamente de manera independiente, con supervisión continua estricta.
- **Observación (8 camas/cunas):** sala de agudos para pacientes con gravedad 2 y 3 que precisan monitorización estrecha, aislamiento por contagio, patología psiquiátrica o probable ingreso hospitalario.
- **Sala de aerosoles:** capacidad para 3 pacientes simultáneos (hasta 6 en época epidémica), próxima a las consultas para asegurar el control de la vía respiratoria.
- **Sala de traumatología:** atención de pacientes que requieren inmovilización de fracturas o daños ligamentosos.



- **Sala de técnicas:** extracción de analíticas, ECG y sondajes, garantizando la intimidad del paciente y su familia.

Los pacientes pediátricos están siempre acompañados por su padre, madre o tutor legal.

4.5.1 Residente de primer año (R1)

Objetivo principal: Iniciarse en la práctica asistencial urgente. Identificar la patología grave que requiere respuesta inmediata y poner en marcha los recursos más adecuados. Desarrollar progresivamente competencias en el trato con el paciente, los familiares y los compañeros. La supervisión será siempre de presencia física; el R1 no podrá firmar documentos de alta o baja sin la firma del facultativo responsable.

Ubicación:

Preferentemente en la zona de consultas, por permitir mejor supervisión. El adjunto del área neonatal podrá requerir al R1 para acompañarle en la asistencia a partos y en el ingreso/estabilización inicial del neonato. Del mismo modo, el adjunto de planta procurará que el R1 le acompañe en la atención de complicaciones en niños/adolescentes ingresados.

4.5.2 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. La supervisión decreciente tendrá carácter progresivo.

Ubicación y funciones específicas:

Preferentemente en consultas y observación, con progresiva mayor autonomía. Debe ser capaz de identificar la patología grave e iniciarse en su manejo. La primera función del R2 es la asistencia al recién nacido en el área de partos y la exploración de neonatos antes del alta. Asimismo, supervisado por el adjunto, se encarga del seguimiento de pacientes críticos en la Unidad Neonatal y en planta (maternidad y hospitalización pediátrica general).

4.5.3 Residente de tercer año (R3)

Objetivo principal: Consolidar los objetivos previos, alcanzando de forma autónoma la valoración de gravedad, el diagnóstico diferencial básico, la indicación de exploraciones complementarias, la información a pacientes y familias, y la decisión sobre el destino del paciente (alta o ingreso). Podrá firmar solo documentos de alta y baja. Prácticamente ninguna actividad estará tutelada salvo que el residente lo solicite.

Ubicación:

En cualquiera de las zonas del área médica, comenzando a realizar guardias como primer responsable en el área neonatal y en planta/hospitalización en agudos. Supervisado por los médicos pediatras de guardia de cada área.

4.5.4 Residente de cuarto año (R4)

Objetivo principal: Dominio de la práctica asistencial urgente de forma prácticamente autónoma: valoración de gravedad, anamnesis y exploración completas, indicación de complementarias, terapéutica específica y destino final del paciente. Prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente. Sería deseable que el R4 pudiera hacerse cargo del pase de visita a los pacientes hospitalizados (planta y neonatología) a primera hora del cambio de guardia.

Ubicación y supervisión:

Determinada por el itinerario formativo y la subespecialidad elegida. El POE recomienda que 9-12 meses del cuarto año puedan destinarse a rotaciones externas de subespecialización. Si no realiza guardias en la unidad docente externa, hará guardias con responsabilidad avanzada en Urgencias (área neonatal y pediátrica general). El R4 puede apoyar al médico pediatra/neonatólogo de guardia en la formación y supervisión del R1.

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:

- Situaciones críticas que repercutan sobre la supervivencia inmediata del paciente.
- Situaciones de conflicto con pacientes o familiares.
- Cuando existan implicaciones legales o sea necesario informar a autoridades judiciales.
- Decisiones sobre traslados hospitalarios y cambios de 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.**

Francisco de Borja Hernández Moreno

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

Collado Villalba, mayo de 2026

Firma:



ANEXO 1 — SUPERVISIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

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

Habilidad / Área asistencial	R1	R2	R3	R4
Realización de entrevista clínica	2-3	1-2	1-2	1
Valoración del estado funcional, mental y entorno social	2-3	1-2	1-2	1
Exploración física	2-3	1-2	1	1
Indicación e interpretación de pruebas complementarias básicas	2-3	1-2	1	1
Realizar punciones	2-3	2	1-2	1
Realización pruebas (fondo ojo, tacto rectal, espirometrías...)	3	2	1-2	1
Elaboración de juicio clínico	2-3	2	1	1
Intubación, accesos venosos, RCP avanzada, punciones lumbares	3	3	2-3	1-2
Reconocer y manejar enfermedades prevalentes	3	2-3	1	1
Realización de plan terapéutico	2-3	2	1	1
Realización de informe de alta	2-3	2	1	1
Información a pacientes	2-3	2	1	1
Información a familiares	2-3	2	1	1
Manejo de situaciones difíciles (malas noticias, pacientes violentos)	3	2-3	1-2	1
Información en situaciones al final de la vida	3	2-3	1-2	1
Planificación estructurada de procesos estandarizados	3	2	1	1
Presentación de casos clínicos en el servicio	2-3	2	1	1
Solicitud de consentimiento informado	2-3	2	1	1



ANEXO 2 — SUPERVISIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS

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

Habilidad / Área asistencial	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y familia	2-3	1	1	1
Realización de historia clínica e identificación del motivo de consulta	2-3	1	1	1
Evaluación del estado mental, funcional y entorno social	2-3	1-2	1	1
Exploración física específica	2-3	2	1	1
Interpretación de resultados	3	2	1-2	1
Elaboración de juicio clínico	3	2	1-2	1
Realización de plan terapéutico	3	2	1-2	1
Realización de informe de consultas externas	3	2	1-2	1

ANEXO 3 — SUPERVISIÓN EN GUARDIAS

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

Habilidad / Área asistencial	R1	R2	R3	R4-R5
Presentarse e informar al paciente y familia	2-3	2	1	1
Realización de historia clínica e identificación del motivo de consulta	2-3	2	1	1
Exploración física específica	2-3	2	1	1
Valoración rápida de la gravedad del paciente	3	2-3	1	1
Solicitud e interpretación de analítica básica urgente	2-3	2	1	1
Indicación e interpretación de radiología simple	2-3	2	1	1
Indicación e interpretación de ECG	2-3	2	1	1
Punciones arteriales, venosas, toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis	3	2-3	1-2	1
Sondaje vesical, nasogástrico y lavado gástrico	3	2-3	1	1
Conocimiento y uso de monitores y sistemas de monitorización	2-3	2	1-2	1
Terapéutica de urgencias: sueroterapia, nebulizaciones, oxigenoterapia, fármacos urgentes	2-3	2	1	1
Tratamiento antibiótico según protocolos	2-3	2	1	1
Valoración y tratamiento del paciente politraumatizado	3	2-3	1-2	1
RCP básica y avanzada	2-3	2	1-2	1
Decisión del destino del paciente: alta, observación o ingreso	3	2-3	1-2	1
Informe de alta o ingreso hospitalario	3	2	1	1