

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MEDICOS RESIDENTES EN LAS GUARDIAS DE URGENCIAS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: Marzo 2026	Fecha: Marzo 2026	Fecha: 26/03/2026
Servicio de Urgencias/Unidad Docente Urgencias y Emergencias	Comisión de Docencia	Comisión de Dirección

HISTORIAL DE REVISIONES

Revisión	Contenido	Fecha de la revisión	Fecha de la próxima revisión
A	Original	15-10-2015	15-10-2019
B	Se define más específicamente el campo de aplicación Se incluye en el nivel 3 de supervisión los aspectos médico legales de gravedad Se modifican objetivos por año de residencia Se incluye en el desarrollo del R1 aclaraciones sobre actuaciones en caso de imposibilidad de realizar la supervisión efectiva Se elimina la necesidad de evaluación al exceder el objetivo del documento y la situación real del rotatorio en urgencias	26-01-2021	26-01-2025
C	Se define completamente el campo de aplicación, Se añaden los niveles de supervisión correspondiente para el residente de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias	26-03-2026	26-03-2030

INTRODUCCIÓN

- 1- Objeto: regular la actividad asistencial y docente de los especialistas en formación en el Servicio de Urgencias durante las guardias.
- 2- Campo de aplicación: todos los especialistas en formación, cuando realizan guardias en el Servicio de Urgencias. No se aplica a los médicos residentes durante las guardias en los diferentes servicios médicos o quirúrgicos, que estarán supervisados por los adjuntos de guardia del servicio correspondiente de acuerdo con su protocolo específico (independientemente de que la atención se realice en urgencias).
- 3- Los departamentos involucrados en el desarrollo y aplicación de este protocolo son:
 - Servicio de Urgencias (Urgencias Generales, Urgencia de Maternidad y Urgencia Infantil)
 - Comisión de Docencia.
 - Tutores y Unidades docentes cuyos residentes realizan guardias en el Servicio de Urgencias. Específicamente se aplica a los residentes de la Unidad Docente de Urgencias y Emergencias.
- 4- Documentación de referencia:
 - 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.
 - Normas de organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias del HUMS.
 - Programa Docente de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias.
- 5- Definiciones:
 - Especialista en formación (residente): profesional en proceso de aprendizaje de una especialidad sanitaria mediante el sistema oficial de residencia.
 - Tutor de especialidad: profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes

de los residentes, a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.

- Colaborador docente del Servicio de Urgencias: profesional especialista en servicio activo, perteneciente al servicio de Urgencias, cuya misión es la de supervisar la actuación que los especialistas en formación desarrollan en los rotatorios incluidos en su itinerario docente y durante sus guardias en el mencionado servicio.

OBJETIVOS

El **objetivo general** será garantizar una progresiva asunción de responsabilidades por parte del residente en el Servicio de Urgencias, graduando un nivel decreciente en su supervisión, a medida que el especialista en formación avance en la adquisición de las competencias necesarias para la atención de pacientes en el Servicio de Urgencias. Por tanto, la formación debe presentar un nivel progresivo respecto a la adquisición de conocimientos, capacidad de actuación y grado de responsabilidad. De acuerdo con el "*Protocolo de Supervisión de los Especialistas Facultativos en Formación*" (elaborado por la Comisión de Docencia), existirán **3 niveles de autonomía**:

- **Nivel 3 (Observación y ayuda activa):** Actividades realizadas por el personal sanitario del Servicio de Urgencias y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente. Este nivel de responsabilidad se considera en los siguientes supuestos: las primeras 4 semanas de residencia, pacientes atendidos en el área de vitales, asistencia con trascendencia médico-legal y técnicas específicas realizadas por el médico adjunto de Urgencias cuya competencia no haya sido adquirida por el residente.
- **Nivel 2 (Intervención tutelada):** Actividades realizadas por el residente con supervisión directa por el médico adjunto de urgencias. Este nivel de responsabilidad corresponde al residente durante el primer año de formación, salvo en las excepciones referidas en el punto anterior.
- **Nivel 1 (Intervención autónoma):** Actividades realizadas directamente por el médico residente sin necesidad de supervisión directa. El residente actúa y posteriormente informa. Es el nivel de responsabilidad que debe asumir el

médico residente a partir del segundo año de formación en todas las áreas asistenciales del Servicio de Urgencias excepto en el área de vitales.

Objetivos específicos:

Esta supervisión garantizará que el especialista en formación sea capaz de:

- Adquirir agilidad y soltura en el manejo de los enfermos con patología aguda.
- Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- Alcanzar la necesaria seguridad e incrementar su nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas y de modalidad de tratamiento en los enfermos.
- Durante la formación deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan prestar correctamente asistencia a los pacientes, realizar labores de prevención y promoción de la salud, así como asegurarse una autoformación continuada.

Objetivos por año de residencia:

Para los **residentes de primer año** los objetivos para este periodo de formación son los siguientes:

- a) Aprendizaje de la relación médico-paciente y médico-familiares. Manejo de las situaciones conflictivas en urgencias.
- b) Conocer de forma detallada la estructura y la organización funcional de un Servicio de Urgencias.
- c) Realizar correctamente una detallada historia clínica de urgencias y exploración física completa, orientada al motivo de consulta.
- d) Realizar un juicio diagnóstico sindrómico congruente con el resto de la historia clínica.
- e) Conocer y solicitar las pruebas complementarias necesarias para cada síndrome urgente.
- f) Diferenciar de forma eficaz la patología urgente crítica, urgente no crítica y no urgente.
- g) Conocer las bases de la Medicina de Observación en los procesos que requieren un seguimiento para valorar su evolución.
- h) Instaurar las medidas terapéuticas iniciales en los motivos de consulta más habituales de acuerdo con las pautas y protocolos del hospital

Para los **residentes de segundo año** los objetivos para este periodo de formación son los siguientes:

- a) Realizar un juicio diagnóstico congruente con la historia clínica y las pruebas complementarias.
- b) Conocer las indicaciones de ingreso de las distintas patologías.
- c) Conocer los criterios de ingreso y de alta o traslado de un área de Observación.
- d) Conocer e indicar las medidas terapéuticas iniciales de las distintas patologías.

Para los **residentes de tercer año** los objetivos para este periodo de formación son los siguientes:

- a) Adquirir autonomía en el reconocimiento y manejo de la patología urgente
- b) Reconocimiento y tratamiento inicial de patología urgente crítica
- c) Manejar las principales patologías atendidas en un área de Observación.
- d) Obtener habilidad en las maniobras de RCP y soporte vital.
- e) Colaborar en la supervisión de los residentes de segundo año.

Para los **residentes de cuarto año** los objetivos para este periodo de formación son los siguientes:

- a) Adquirir autonomía en el reconocimiento y tratamiento de patología urgente crítica
- b) Fortalecer los conocimientos y habilidades adquiridas en los años previos.
- c) Colaborar en la supervisión de los residentes de segundo y tercer año.

DESARROLLO

Residentes de 1er año

•La supervisión será realizada de forma directa por los facultativos del Servicio de Urgencias a los residentes de 1er año desde el inicio de la guardia. El encargado de dicha supervisión durante las guardias será previamente determinado en el cuadrante de guardias del servicio. Cuando no esté disponible, la supervisión será asumida por cualquier otro facultativo del servicio.

- Los facultativos responsables de dicha supervisión visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año. Este visado no puede ser realizado por otro residente de años superiores.
- Si por circunstancias organizativas en determinados tramos horarios y secciones de actividad asistencial no existiera posibilidad de supervisión directa (y no pudiera firmar el alta el adjunto responsable), conociéndose dicha situación por la dirección del hospital y la comisión de docencia, la actividad asistencial será asumida por residentes de años superiores y se establecerá la fórmula para que el residente de 1er año pueda permanecer con una actividad formativa y no asistencial.
- Cuando la circunstancia que conlleve la imposibilidad de supervisión directa ocurra de forma incidental alterando el organigrama habitual de la actividad asistencial, se priorizará el cumplimiento de que los R1 no realicen la actividad asistencial y especialmente no firmen altas sin supervisión por lo que la asistencia será asumida por residentes de años superiores, intentando recuperar la supervisión del R1 si se pudiera a lo largo de la jornada laboral; se informará de la incidencia a través de los cauces habituales del SUH; y se estudiará la manera para que dicha circunstancia no se repita en el tiempo.
- El listado de facultativos de guardia con la correspondiente asignación de residentes para su supervisión será firmada por el jefe del servicio de Urgencias, ubicándose en lugar visible.
- A partir del segundo mes de residencia el residente de primer año asumirá progresivamente la responsabilidad directa a la hora de realizar la anamnesis y exploración física del paciente, haciendo una valoración inicial de la situación. De acuerdo con el adjunto de urgencias, podrá establecer la indicación de las pruebas complementarias precisas, informar al paciente (y/o familiares) del proceso asistencial y prescribir el tratamiento inicial preciso.
- De forma progresiva, el residente de primer año, una vez adquiridas las habilidades y competencias necesarias, podrá indicar las pruebas diagnósticas y prescribir el tratamiento inicial. En todo caso el adjunto de urgencias debe estar informado de las indicaciones diagnósticas y el tratamiento indicado.
- Durante su primer año el residente será adscrito a las distintas áreas asistenciales, excepto el área de vitales, para adquirir las habilidades en el manejo de pacientes.

RESIDENTES CON AÑOS DE FORMACIÓN/EXPERIENCIA PROFESIONAL PREVIA

Los residentes que ya hayan realizado previamente guardias en urgencias por haber completado un año de residencia u obtenido una especialidad vía MIR previa, no tendrán que realizar guardias visadas por adjuntos. Será obligación del residente comunicar esta circunstancia en el momento de su incorporación. De este modo el residente pasará a realizar guardias con un nivel de intervención autónoma (como si fueran residentes de segundo año)

El mismo criterio se aplicará a residentes que inician una especialidad vía MIR con experiencia profesional previa documentada en urgencias.

Residentes de 2º-4º año

- A partir del 2º año de residencia los especialistas en formación deberán ir asumiendo progresivamente responsabilidades según su proceso individual de adquisición de competencias, que irán siendo mayores a medida que avancen en su programa de formación.
- El médico adjunto de guardia supervisará a los residentes que realizan su actividad en cada una de las áreas del servicio siempre que sea requerida dicha supervisión, de acuerdo con el cuadrante de guardias del servicio, independientemente de la responsabilidad que tienen los facultativos sobre los pacientes que están ubicados en el área asistencial de urgencias a su cargo. Una excepción serán las actuaciones que impliquen una trascendencia médico-legal de gravedad (por su implicación judicial) donde siempre se requerirá la atención de un médico adjunto.
- Los residentes de 3º y 4º año podrán colaborar en la supervisión a los residentes de 2º y 3º año.
- A partir del tercer año de residencia el residente podrá participar en la asistencia del área de vitales junto con el adjunto de urgencias, que evaluará las competencias y habilidades del residente y decidirá cuándo el residente está capacitado para la valoración y tratamiento de la patología urgente crítica. A partir de ese momento el residente podrá participar en la atención inicial al paciente crítico, con la presencia del adjunto de guardia por si precisara apoyo.

NIVELES DE SUPERVISIÓN POR AÑO DE RESIDENCIA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SUPERVISIÓN y DE RESPONSABILIDAD

Nivel de supervisión 1	Nivel de menor supervisión. Intervención autónoma Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de la supervisión directa del adjunto. El residente debe poder establecer contacto con el profesional para las aclaraciones o toma de decisiones que puedan surgir (tutela indirecta).
Nivel de supervisión 2	Nivel de supervisión intermedia. Intervención tutelada Actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del facultativo especialista.
Nivel de supervisión 3	Nivel de mayor supervisión. Observación y ayuda activa Actividades realizadas por el facultativo especialista del Centro y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente.

DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS Y NIVELES DE SUPERVISIÓN POR AÑO FORMATIVO

En este apartado se describirán los objetivos y competencias docentes a alcanzar en la especialidad, tanto generales como específicos, en relación a las habilidades y competencias a adquirir durante la residencia y se definirá el nivel supervisión y de responsabilidad por año formativo según la clasificación anterior.

Esquema de niveles de supervisión por año de Residencia en MUYE

1.SOPORTE DE LAS FUNCIONES VITALES	NIVELES DE SUPERVISIÓN			
	R1	R2	R3	R4
Manejo de la vía aérea	3	2	2	1
Manejo de la vía aérea difícil	3	2	2	2
Soporte Vital Avanzado adulto	3	2	2	1
Soporte Vital Avanzado pediátrico	3	2	2	2
Atención integral al traumatismo grave	3	2	2	2
Manejo integral del shock	3	2	2	2
Trastornos ácido-base y electrolitos	3	2	2	1
Fluidoterapia en situaciones clínicas	3	2	1	1
Atención integral al paciente en coma	3	2	2	1

2.SIGNOS, SÍNTOMAS Y MOTIVOS DE CONSULTA	NIVELES DE SUPERVISIÓN			
	R1	R2	R3	R4
Identificación sistemática de signos y síntomas	2	1	1	1
Detección de signos de alarma y priorización	3	2	1	1
Diagnóstico diferencial razonado	2	1	1	1
Selección de pruebas y decisiones clínicas	3	2	1	1

3.ASISTENCIA A LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS	NIVELES DE SUPERVISIÓN			
	R1	R2	R3	R4
Realizar el diagnóstico diferencial	2	1	1	1
Indicar e interpretar las pruebas diagnósticas	2	1	1	1
Aplicar escalas de riesgo	2	1	1	1
Aplicar criterios de derivación, ingreso o alta	3	2	2	1

Todas las patologías con la misma supervisión

SEM/CCU

4.COORDINACIÓN Y REGULACIÓN MÉDICA	NIVELES DE SUPERVISIÓN			
	R1	R2	R3	R4
Coordinación de recursos asistenciales	3	2	2	2
Modelos de centros coordinadores	3	2	2	2
Recepción y clasificación de llamadas	3	2	2	2
Regulación médica y códigos tiempo-dependientes	3	3	2	2
Sistema de telecomunicaciones	3	2	2	2
Gestión de dispositivos de riesgo previsible	3	3	2	2
Selección de transporte sanitario	3	3	2	2

5.ASISTENCIA A INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV), CATÁSTROFES Y ENTORNOS HOSTILES	NIVELES DE SUPERVISIÓN			
	R1	R2	R3	R4
Triage, IMV y catástrofes	3	3	2	2
Epidemiología y salud pública en desastres	3	3	2	2
Coordinación con protección civil	3	3	2	2
Organización asistencial en IMV	3	3	2	2
Gestión del centro coordinador en IMV	3	3	2	2
Planificación del simulacro IMV	3	3	2	2
Misiones humanitarias y despliegues	3	3	2	2
Actuación en entornos hostiles	3	3	2	2

6.ORGANIZACIÓN, GESTIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	NIVELES DE SUPERVISIÓN			
	R1	R2	R3	R4
Organización de servicios de urgencias	3	3	2	2
Indicadores de gestión y calidad	3	3	2	1
Sistemas de acreditación y certificación	3	3	2	1
Informes médico-legales	3	2	2	2
Atención a poblaciones vulnerables	3	2	2	1
Investigación clínica en urgencias	3	2	2	1
Innovación e inteligencia artificial	3	2	2	1
Docencia y sesiones clínicas	3	2	2	1

Técnicas y habilidades con Niveles de Supervisión

7. TÉCNICAS Y HABILIDADES	NIVELES DE SUPERVISIÓN			
	R1	R2	R3	R4
Manejar, indicar y prescribir oxigenoterapia	2	1	1	1
Pulsioximetría, capnografía, cooximetría y monitor transcutáneo CO ₂ .	2	1	1	1
Soporte respiratorio invasivo y no invasivo	3	2	2	1
Indicar y realizar toracocentesis y drenaje torácico	3	2	2	1
Indicar y realizar pericardiocentesis	3	3	2	2
Indicar y realizar paracentesis	3	2	2	1
Indicar y realizar artrocentesis	3	2	1	1
Indicar y realizar punción lumbar	3	2	2	1
Indicar y realizar punción suprapúbica.	3	3	2	2
Indicar y realizar toracotomía	3	3	3	3
Indicar y colocar acceso venoso periférico	2	1	1	1
Indicar y realizar acceso venoso central	3	2	2	1
Indicar y realizar acceso venoso intraóseo	3	2	2	1
Indicar y realizar sondaje orogástrico	2	1	1	1
Indicar y realizar sondaje nasogástrico	2	1	1	1
Indicar y realizar gasometría arterial.	2	1	1	1
Indicar y realizar sondaje vesical.	2	1	1	1
Colocar bombas de infusión subcutánea.	2	1	1	1
Indicar y realizar taponamiento nasal.	2	1	1	1
Indicar y realizar vendajes funcionales e inmovilizaciones	2	1	1	1
Indicar y realizar procedimientos de anestesia locorregional	3	1	1	1
Indicar y realizar drenaje de abscesos y otras colecciones.	3	1	1	1
Indicar y realizar suturas.	3	1	1	1
Indicar y realizar extracción cuerpos extraños.	2	1	1	1
Manejar la ecografía clínica.	2	1	1	1
Manejar e indicar cardioversión eléctrica y farmacológica	3	2	1	1
Manejar e indicar desfibrilación	3	2	2	1
Manejar e indicar compresiones torácicas y los dispositivos mecánicos de compresión torácica.	3	2	1	1
Manejar la monitorización no invasiva.	3	2	1	1
Manejar el marcapasos transcutáneo.	3	2	1	1
Manejar la electrocardiografía (ECG).	2	1	1	1
Manejar la cesárea perimortem.	3	3	3	3
Asistir un parto inminente.	3	3	2	2
Manejar la administración de fármacos en urgencias y emergencias utilizando diferentes vías	3	2	1	1
Indicar y realizar lavado gástrico.	3	1	1	1
Realizar reducción hernia abdominal.	3	1	1	1
Realizar alineamiento, reducción e inmovilización de fracturas/luxaciones.	3	2	2	1
Realizar recambios de sonda de gastrostomía.	3	2	2	2
Realizar detorsión testicular.	3	3	2	2
Realizar otoscopia.	2	1	1	1
Realizar tonometría.	3	2	1	1
Realizar oftalmoscopia.	3	2	1	1
Realizar rinoscopia.	3	2	1	1
Realizar maniobras de Dix Hallpike y Epley s .	3	2	1	1
Realizar recambio de cánula de traqueostomía.	3	2	1	1
Indicar/realizar inmovilización-movilización pacientes	2	1	1	1
Indicar y manejar la temperatura corporal.	2	1	1	1
Realizar extricación, descargelación y excarcelación.	3	3	2	2
Indicar y realizar escarotomía.	3	3	3	2
Realizar reducción parafimosis.	3	2	1	1
Indicar y realizar contención del paciente agitado y con problemas de salud mental.	3	2	1	1
Indicar oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).	3	3	3	3

Indicar/colocar balón de oclusión intra-aórtico (REBOA)	3	3	3	3
Desarrollar habilidades de comunicación efectiva en situaciones de crisis.	3	2	1	1

El nivel de supervisión podrá ajustarse de forma individualizada por el tutor responsable en función de la competencia demostrada por la persona especialista en formación, garantizando en todo momento la seguridad del paciente.

INDICADORES

- Porcentaje de altas dadas por residentes de primer año que estén visadas.
- Encuesta de satisfacción de la supervisión del residente, que se realizará anualmente de acuerdo con la planificación y el modelo que establezca la comisión de docencia.
- Encuesta de satisfacción del colaborador docente, que se podrá realizar anualmente de acuerdo con la planificación y el modelo que establezca la comisión de docencia.