

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Actualización aprobada por la Comisión de Docencia | 10 Abril 2015

Actualización aprobada por la Comisión de Dirección

Versión V-03

Revisado por la Comisión de Docencia el 29 de junio de 2018

Elaborado en abril de 2009.
2014. Revisado y aprobado por la Comisión de Docencia: 03 de abril 2014.
2014. Aprobado por la Comisión de Dirección: 03 de abril de 2014.
Revisado por la Comisión de Docencia el 29 de junio de 2018

Comisión de Docencia
Departamento de Salud de Elda

ÍNDICE

1. M.I.R. Características fundamentales en Urgencias.....	5
2. Residentes de Especialidad Hospitalaria	7
2.1. Análisis Clínicos:	7
2.2. Anestesia:	7
2.3. COT:.....	7
2.4. Pediatría:.....	7
2.5. Psiquiatría:	8
2.6. Medicina Física y Rehabilitación:	8
2.7. Medicina Interna:	8
3. Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria	10
3.1. El colaborador docente.....	12
3.2. Asunción progresiva de responsabilidades	13
3.3. Residentes de MFyC:	13
3.3.1. Las funciones de los residentes de primer año	13
3.3.2. Funciones	14
3.3.3. Los residentes de 2º año	15
3.3.4. Los residentes de tercer y cuarto año.....	16
3.3.5. Atención a emergencias	16
3.3.6. Técnicas específicas	17
3.3.7. Formación 2º y 3º año.....	17
3.3.8. Habilidades médico-residentes	18
3.3.9. Derivación pacientes	18
3.3.10. Adquirir habilidades.....	18
3.4. Ausencias justificadas e injustificadas a la Guardia.....	19

1. M.I.R. Características fundamentales en Urgencias

El médico en formación durante el periodo de residencia realizará una práctica profesional programada y supervisada, con adquisición progresiva de conocimientos y asunción progresiva de responsabilidades, y por tanto, nivel decreciente de supervisión.

El médico residente en la actuación de Urgencias debe implicarse progresivamente en las actuaciones y toma de decisiones. Los residentes estarán tutelados por los adjuntos de guardia. Irán adquiriendo mayor grado de responsabilidad progresivamente a lo largo de su período formativo.

2. Residentes de Especialidad Hospitalaria

Genérico:

Los residentes de especialidad hospitalaria, en la atención de Urgencias, solo tienen obligación de atender patología propia de su Especialidad.

2.1. Análisis Clínicos:

Durante toda su residencia harán guardias en el área de Análisis Clínicos Supervisados directamente por el Especialista de Análisis Clínicos de guardia.

No deben contribuir directamente a la atención directa del paciente.

2.2. Anestesia:

Durante la rotación de R1 por área de Urgencias serán supervisados por el Médico de puerta de urgencias. El resto del tiempo en la especialidad, harán guardias en el área de Anestesia, supervisados por el Especialista de Anestesia.

No debe atender patológicas traumatológicas ni ginecológicas, pero si patologías de gravedad vital.

2.3. COT:

Durante toda su residencia harán guardias en el área de COT supervisados directamente por el Especialista de COT de guardia. En R1 y R2 en Urgencias de COT y en R3 a R5 en planta de COT.

No debe atender patologías médicas, ginecológicas ni pediátricas.

2.4. Pediatría:

Durante la rotación en las guardias de Puertas de Urgencias serán supervisados por el Médico de Urgencias en R1 y R2. En R3 y R4 realizarán guardias en planta supervisados por el Especialista de Pediatría.

No debe atender patologías quirúrgicas, médicas no infantiles ni ginecológicas.

2.5. Psiquiatría:

Durante la rotación en las guardias de Puertas de Urgencias serán supervisados por el Médico de Urgencias en R1.

Supervisión: durante el primer año el residente permanecerá acompañado y supervisado por un psiquiatra adjunto durante toda la actuación urgente. En los años siguientes, obtendrá una autonomía progresivamente mayor, adecuando la supervisión a las necesidades propias del residente.

No deben atender patologías quirúrgicas, traumatológicas, ginecológicas ni pediátricas.

2.6. Medicina Física y Rehabilitación:

Durante toda su residencia harán guardias en el área de COT supervisados directamente por el Especialista de COT de guardia. En R1 y R2 en Urgencias de COT y en R3 a R5 en planta de COT.

No debe atender patologías médicas, ginecológicas ni pediátricas.

2.7. Medicina Interna:

No deben atender patologías quirúrgicas, traumatológicas, ginecológicas ni pediátricas.

Guardias de presencia física de los residentes de Medicina Interna:

Se recomienda la realización de entre cuatro y seis guardias mensuales a lo largo del periodo de residencia. En ellas se atenderá, con responsabilidad progresiva según el año de formación, los procesos urgentes/emergencias que afectan a distintos órganos y sistemas del adulto, haciendo especial hincapié en las patologías más prevalentes, en los diferentes niveles de la urgencia hospitalaria en el ámbito médico.

Funciones del residente de guardia de Medicina Interna:

- **R1:** El R1 de medicina interna realizará un máximo de 6 guardias en puerta de urgencias. Se integrará en el equipo de guardia con los R1 de medicina familiar y comunitaria. Atenderá a los pacientes que acudan a urgencias con preferencia para los adultos que presenten patología médica. La actuación en urgencias de ser tutelada por el adjunto responsable.

- **R2:** El R2 de medicina interna compaginará las guardias de puerta con la incorporación progresiva a las guardias de planta del servicio de Medicina Interna. En urgencias atenderá a los adultos con patología médica urgente con especial dedicación a aquellos susceptibles de ingreso en el servicio de Medicina Interna/especialidades médicas. Durante este periodo no está obligado a atender patología pediátrica, ni de ninguna especialidad quirúrgica. El número de guardias en puerta será entre 2-4 mensuales.

De forma progresiva iniciará la realización de guardias en planta tutelado por los adjuntos de Medicina Interna. Inicialmente puede acompañar al adjunto en las diferentes situaciones de urgencia para, de forma progresiva, hacerse cargo de las primeras llamadas del busca de urgencias. Durante los 3 primeros meses hará 1 guardia de planta, los 6 meses siguientes 2 guardias y los 3 últimos meses entre 2-3 guardias.

- **R3:** En este periodo el residente asumirá mayor responsabilidad en las guardias de planta de las que realizará entre 2-3 al mes. Continuará realizando unas 2 guardias en puerta de urgencias con mayor grado de responsabilidad sobre los pacientes adultos con patología médica, pudiendo hacerse cargo de los pacientes de observación a cargo de Medicina Interna.

- **R4-R5:** Realizarán las guardias fundamentalmente en planta ejerciendo de médico con experiencia. En situaciones especiales y cuando se encuentre rotando por algún servicio con guardias propias, podrá incorporarse a las guardias de dicho servicio durante el periodo de rotación. En nuestro hospital podría realizar durante este periodo guardias en UCI como complemento para su formación.

La función-obligación del residente es formarse mientras ejerce su trabajo, en las tareas específicas de su especialidad, asumiendo responsabilidad progresiva a medida que avanza su formación. En ningún caso el residente de Medicina Interna subsanará las deficiencias de personal de otros servicios respecto a los equipos de guardia.

3. Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

La prestación de servicios en concepto de atención continuada (guardias) contribuye a garantizar la formación integral del residente y el funcionamiento permanente de las Instituciones Sanitarias, teniendo carácter obligatorio y debiendo ser supervisados por los colaboradores de las unidades asistenciales en las que se realicen. Las guardias, por tanto, son obligatorias para los residentes, conforme a su programa de formación. Su objetivo es alcanzar en esta área progresivos conocimientos y responsabilidad.

En el Servicio de Urgencias hospitalario realizan guardias los residentes de diferentes especialidades como Anestesia, Traumatología, Pediatría, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), siendo responsabilidad del servicio de Urgencias del Hospital la tutela de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), éstos últimos durante la atención continuada en este servicio.

Durante los 4 años de residencia de la especialidad de Medicina Familiar, la distribución de las guardias viene determinada por su programa formativo (R1: Urgencias hospitalarias 75% y 25% en Atención Primaria; R2 y R3: 25% en Atención Primaria, Urgencias hospitalarias 37,5% y el resto repartido en guardias de urgencias hospitalarias de Pediatría, Ginecología y Traumatología; R4: Urgencias Hospitalarias 25% y el resto en Atención Primaria).

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria tienen la opción de realizar una rotación específica de un mes en el Servicio de Urgencias Hospitalario, en el primer año de residencia, preferentemente en los primeros meses tras su incorporación.

El objetivo del presente protocolo es adaptar la actuación de los residentes en el Servicio de Urgencias a las directrices que se señalan en el RD 183/2008, especialmente, en su Capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente.

El residente prestará sus servicios bajo la dependencia del médico/médicos responsables de la unidad (urgencias o especialidad) a la

que se encuentre adscrito en cada momento, el cual le asignara los enfermos que debe asistir. Su actuación comprenderá:

- Cumplimentación de la historia clínica y del informe de Urgencias.
- Realización de exploraciones clínicas
- Solicitud e interpretación de exploraciones complementarias
- Emisión de juicio diagnóstico
- Prescripción de tratamiento así como cuantas actuaciones médicas sean precisas, siempre bajo la supervisión del médico responsable.
- Información al paciente y familiares: Periódicamente se informara del estado del enfermo a él mismo y familiares, siendo obligatoria la información tras la primera valoración, cuando exista presunción diagnóstica y al alta de urgencias (que siempre se decidirá bajo la supervisión del adjunto, si así se solicita por el residente).
- Cumplimentación de los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, de los partes judiciales y documentación que sea necesaria (todo ello con el asesoramiento del adjunto de urgencias).
- Comunicación a los compañeros que entren en el turno siguiente, de la situación clínica de los pacientes a su cargo.

Los objetivos docentes de la actividad en el Servicio de Urgencias serán:

- a) Adquirir agilidad y soltura en la evaluación de los enfermos con procesos patológicos agudos.
- b) Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- c) Alcanzar seguridad e incrementar progresivamente su nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas sobre enfermos agudos.

La supervisión de residentes de primer año será de presencia física; las altas bajas y demás documentos en que intervengan los R1 deben ser visadas por escrito por los especialistas.

Estas normas tienen la finalidad de definir las funciones del residente en el área de urgencias regulando su supervisión durante las

guardias. Han sido aprobadas por la Comisión de Docencia del Hospital y se trasladarán a los órganos de Dirección del Centro. Será el Jefe de Estudios el responsable de supervisar su aplicación y de su revisión periódica.

3.1. El colaborador docente

La figura del colaborador docente regulada en los artículos 104 de la Ley 14/1986, General de Sanidad y 22 de la Ley 45/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias establece sus funciones (entre otras):

- Orientar y supervisar la formación del residente durante toda la estancia formativa en su Unidad o Servicio.
- Favorecer el autoaprendizaje y la responsabilidad progresiva del residente.
- Ser responsable de la evaluación formativa del mismo en los términos que se regulen desde la tutoría principal y plan evaluativo global aprobado por la Comisión Asesora de la especialidad.

Funciones del Médico de Urgencia hospitalaria en relación al personal médico en formación:

- Con carácter general se encargará de supervisar a los residentes, debiendo estar al corriente de las decisiones de importancia que éstos tomen.
- Visará los formularios con órdenes de tratamiento relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el residente de primer año.
- Autorizará el paso a la observación de un paciente, el ingreso, el traslado a otro Hospital, o el Alta.

Todos los médicos adjuntos de los Servicio de Urgencias, y los responsables de los Servicios, lo son también de la tutela y supervisión del residente (Decreto 183/2008, Art. 14 establece el "deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes").

3.2. Asunción progresiva de responsabilidades

El Real Decreto el RD 183/2008, en su Capítulo V, artículo 15 establece la asunción progresiva de responsabilidades del residente, 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.

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.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo.

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.

En aplicación de lo anterior, en nuestro Servicio de Urgencias adoptamos una metodología basada en nuestra experiencia docente durante los últimos 10 años que se concreta en los siguientes aspectos:

3.3. Residentes de MFyC:

3.3.1. Las funciones de los residentes de primer año, si realizan su rotación por el Servicio de Urgencias y en las guardias realizadas en el primer cuatrimestre de su periodo formativo (cuyo final en los últimos años coincide con el final del periodo vacacional estival) quedan limitadas a:

- Conocer los espacios arquitectónicos y los recursos materiales del Servicio.
- Familiarizarse con la organización del Servicio y el circuito de pacientes y familiares (triaje, ubicación en los distintos niveles de

atención, boxes de exploración, camas de observación y salas de espera).

- Iniciar relaciones interpersonales con los recursos humanos del Servicio y en el conocimiento de sus funciones: personal de enfermería y auxiliar, administrativo y celadores, etc.
- Aprender el manejo de los programas informáticos de alta hospitalaria, visor de radiología, resultados de laboratorio.
- Conocer los impresos de solicitud de analítica, radiología y otras pruebas complementarias, sus indicaciones según motivos de consulta así como la interpretación básica de los resultados obtenidos en estas pruebas complementarias.
- Colaborar en la atención inicial a los pacientes en el Nivel 2 de atención (ver más adelante), bajo supervisión directa del MÉDICO DE URGENCIAS, realizando la historia clínica adecuada al motivo de consulta y exploración básica por órganos y aparatos.
- Una vez adquiridas habilidades en la realización de historia clínica, exploración física básica del paciente e interpretación de pruebas complementarias ajustadas a motivo de consulta, avanzarán en establecer juicio clínico o impresión diagnóstica, tratamiento farmacológico y cuidados generales del paciente, que transcribirán de forma legible a la hoja de asistencia, precisando supervisión por parte del MÉDICO DE URGENCIAS de dichos juicio clínico y tratamiento.

3.3.2. Funciones. Pasado este periodo inicial, y siempre de manera individualizada, según la adquisición de habilidades de cada residente, pasarán a desarrollar sus funciones en los diferentes niveles de atención, donde los médicos residentes asumirán responsabilidades de forma progresiva en la dinámica asistencial ajustándose al siguiente esquema de actuación:

- Atención a los pacientes derivados por el enfermero de clasificación al Nivel 1 de atención, donde el médico residente de primer año, siempre supervisado por un residente mayor y/o por un médico del Servicio de Urgencias, realizará anamnesis adecuada a motivo de

consulta, exploración por órganos-aparatos y solicitud de pruebas complementarias si se consideran indicadas: analítica básica (que incluye hemograma, bioquímica, coagulación y orina) y radiología simple convencional. abdomen).

- Con los hallazgos de anamnesis y exploración, el médico residente emitirá un Juicio Diagnóstico provisional y pauta órdenes de tratamiento iniciales.
- En esta fase, el médico residente debe aprender a realizar la valoración inicial y decidir si el problema de salud por el que consulta es banal, y el paciente puede ser dado de alta para seguimiento por su médico de cabecera y/o especialistas de forma ambulatoria, o si precisa un tiempo más prolongado de atención y/o probable ingreso; en este último caso, siempre tras consultar con un adjunto, remitirá al paciente al Nivel 2 de atención. También aprenderá a realizar interconsultas a especialidades de guardia de presencia física y localizada (método de localización, breve resumen telefónico de historia clínica, objetivo y justificación de su llamada...).
- Si el paciente no experimenta la mejoría clínica esperada tras recibir el tratamiento pautado, el residente deberá consultar con el médico adjunto y, si éste lo considera oportuno, remitir al paciente al Nivel2.

3.3.3. Los residentes de 2º año:

Según la disponibilidad y la organización general de la guardia, desarrollarán sus funciones:

- En el Nivel 1, según el mismo esquema anterior, con supervisión progresivamente menor según la adquisición de habilidades de cada residente y pudiendo solicitar, en casos excepcionales, además de las pruebas básicas antes mencionadas, y siempre tras consultar con el Médico de Urgencias, pruebas más específicas analíticas y radiológicas.
- En el Nivel 2, donde en un nivel de compromiso creciente, el médico residente debe iniciarse en el manejo de los pacientes con problemas de salud de mayor complejidad, aprendiendo habilidades en cuanto al diagnóstico y seguimiento de la urgencia verdadera, la indicación de

tratamientos en perfusión continua i.v., monitorización continua no invasiva (derivaciones estándar ECG, tensión arterial, frecuencia cardiaca y SatO2%) y registros de enfermería, siempre supervisado por el MÉDICO DE URGENCIAS, progresivamente en menor grado según la capacidad de resolución del residente.

- Posteriormente se avanzará en la indicación e interpretación de pruebas complementarias de mayor complejidad (ecografía, TAC, eco-doppler...), así como en los criterios de alta de las camas de Observación e ingreso de los pacientes en plantas de hospitalización.
- Podrán orientar y colaborar con los residentes de 1º año en todas las funciones que no requieran específicamente la supervisión directa de un adjunto.

3.3.4. Los residentes de tercer y cuarto año:

Tienen capacidad para decidir sobre el destino del paciente y sobre la necesidad de valoración del enfermo por otro especialista.

Están capacitados para gestionar, de manera autónoma, toda la documentación clínica necesaria (solicitud de pruebas diagnósticas, partes judiciales y otros informes), ya sea en modelo informático o papel, así como la indicación del tratamiento.

Desarrollarán sus funciones preferentemente en el Nivel 2 de atención, profundizando en la adquisición de habilidades anteriormente mencionadas, con asunción progresiva de responsabilidades, y supervisión paulatinamente menor.

3.3.5. Atención a emergencias

De acuerdo a su implicación y manejo en la asistencia de pacientes de Nivel 2, el médico residente debe avanzar progresivamente en la atención a los pacientes de nivel "emergencia" y que por el riesgo vital que se presume son atendidos en el box de críticos.

El MIR de MFyC debe adquirir competencias en:

- La valoración del paciente en situación de PCR (inconsciencia, ausencia de respiración y pulso).
- Técnicas de RCP básica: ventilación con bolsa de resucitación-Ambú, masaje cardíaco externo.
- Técnicas de RCP avanzada: Instauración y manejo de la vía aérea artificial, VMNI e invasiva, soporte hemodinámico farmacológico y con hemoderivados, tratamiento eléctrico de arritmias (desfibrilación y cardioversión sincronizada, colocación de marcapasos transcutáneo, siempre supervisado por el MÉDICO DE URGENCIAS).

3.3.6. Técnicas específicas

Progresivamente el médico residente debe adquirir conocimientos y habilidades en la realización de técnicas específicas diagnóstico-terapéuticas:

- Acceso y cateterización venosa (periférico y central).
- Acceso y cateterización arterial.
- Sondaje vesical.
- Sondaje nasogástrico.
- Paracentesis diagnóstica y evacuadora.
- Artrocentesis diagnóstica y evacuadora.
- Punción lumbar.

Con grado de supervisión específico según el año de formación, su adquisición de habilidades y su nivel de responsabilidad.

3.3.7. Formación 2º y 3º año. Durante el 2º y 3º año de formación, el médico residente de MFyC debe realizar guardias en las áreas de urgencias ginecológicas y obstétricas, pediátricas y quirúrgicas, en relación con su rotación por los servicios correspondientes, y siempre bajo la supervisión del médico responsable de la especialidad.

3.3.8. Habilidades médico-residentes. El médico residente debe de adquirir progresivamente habilidades en:

- Evaluación inicial de los pacientes que demanden atención urgente y/o emergente.
- Proceso diagnóstico urgente.
- Proceso terapéutico urgente.
- Diagnóstico y tto. de patología ORL urgente.
- Diagnóstico y tto. de patología oftalmológica urgente.
- Asistencia inicial al paciente con proceso psiquiátrico urgente
- Estabilización de pacientes críticos.
- Tratamiento y Monitorización de la cardiopatía isquémica aguda y de la insuficiencia circulatoria grave.
- Atención y control de las descompensaciones hidroelectrolíticas, endocrinas y del equilibrio ácido-base.
- Diagnóstico y tto. de patología traumatológica urgente.
- Asistencia inmediata inicial al politraumatizado.
- Asistencia inicial al paciente quemado.
- Curas y suturas
- Inmovilización con vendajes, yesos y tracciones.

3.3.9. Derivación pacientes. El médico residente debe también iniciarse también en los criterios de derivación de pacientes a otros centros de referencia, de acuerdo a nuestra cartera de servicios, y en la organización del traslado en las mejores condiciones para el paciente.

3.3.10. Adquirir habilidades. El médico residente debe también adquirir habilidades en proporcionar asistencia y confort al paciente paliativo y terminal, con especial hincapié en el tratamiento del dolor.

3.4. Ausencias justificadas e injustificadas a la Guardia

La ausencia injustificada a una guardia es una falta grave y por tanto el infractor puede y debe ser sancionado.

La realización de la guardia es responsabilidad única del residente asignado según la plantilla mensual publicada. Por lo tanto antes de faltar a una guardia deben agotarse todos los recursos a disposición siendo solución de extrema necesidad la comunicación de la ausencia. En estos casos, el residente informará de la ausencia a su tutor, al representante de Residentes y al jefe de Urgencias. La no comunicación de la ausencia a una guardia es también una falta grave.

La ausencia a la guardia deberá ser justificada con la entrega de un parte médico o justificante válido al Servicio de Urgencias. La ausencia de justificante supondrá una penalización al residente, sin eximir de la valoración por parte de Docencia y Dirección Médica de la posibilidad de adoptar medidas disciplinarias y legales.

En el caso de faltas por baja prolongada (bajas maternales, rotaciones externas), además de entregar la baja en recursos humanos y en su servicio, también deberá de avisar al representante de residentes, quien intentará conseguir sustitutos para las guardias del mes en curso. En los siguientes meses el grupo de guardias afectado asumirá la totalidad de esas guardias sin sobrepasar el límite superior de guardias recomendadas por residente.

En caso de que se comunique una baja en la que no se ha podido conseguir un sustituto, el representante de residentes será el encargado de encontrar a algún suplente. Este suplente podrá elegir cambiar esa guardia por una posterior o realizar esta guardia como una extra.

Las ausencias no justificadas serán penalizadas de la siguiente manera:

1. Una falta puntual acarreará una guardia extra de fin de semana el mes siguiente.
2. Dos faltas a guardias en meses distintos sin justificación acarreará realizar una guardia de fin de semana el mes siguiente y una guardia el siguiente puente importante.

3. Tres faltas a guardias en meses distintos o dos guardias seguidas sin justificación se procederá a remitir el caso al Jefe de Estudios para que se tomen las medidas oportunas.

No se consideran justificaciones no haber planificado las vacaciones, puentes, congresos, cursos o guardias de especialidad de acuerdo a las guardias. Las ausencias a las guardias se comunicarán al tutor correspondiente, a la Jefe de Urgencias y a la Jefe de Estudios.

