

Protocolo de supervisión del residente en el área de Urgencias

Vigo a 12 de febrero de 2013

La supervisión de los residentes del Complejo Hospitalario de Vigo en el área de Urgencias varía en función de si actúan como médicos de puerta o como especialistas.

En el primer caso están los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria desde R1 a R4, y los R1 de las demás especialidades mientras dura su rotación por Urgencias. En este supuesto su supervisión es responsabilidad de la plantilla médica de Urgencias.

Los residentes en formación en tanto en cuanto actúen como especialistas dependen jerárquicamente de la guardia de la especialidad de la que se trate, y por ende su supervisión corresponde a esos profesionales.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es una situación especial ya que realizan guardias en Urgencias a lo largo de toda la residencia, por lo que su Comisión de Docencia ha elaborado un protocolo de supervisión especificando la responsabilidad en los diferentes períodos formativos. Este documento que ha sido asumido por la Comisión de Docencia y la Dirección del CHUVI, y se adjunta como anexo.

Por tanto este protocolo afecta a los residentes de las demás especialidades, y se hará primero un repaso general de la responsabilidad progresiva del residente en el CHUVI, para en segundo lugar delimitar su actuación en el área de Urgencias.

Responsabilidad progresiva del residente en el CHUVI

El RD 183/2008 y el artículo 20 de la ley 44/2003 establecen el deber general de supervisión inherente a los profesionales sanitarios que prestan servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen residentes. Dichos profesionales están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

El sistema de residencia implica la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se está cursando, y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar la 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 especialistas de los distintos dispositivos del centro por los que los R1 estén rotando o haciendo jornadas de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas y demás documentos importantes relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La supervisión decreciente a partir del segundo año de residencia tendrá carácter progresivo. A estos efectos el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los distintos especialistas del CHUVI, 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.

El residente se someterá a las indicaciones de los especialistas de la unidad donde está prestando servicio, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación. En todo caso, el residente tiene derecho a recurrir y consultar a estos profesionales cuando lo considere necesario.

La responsabilidad asistencial progresiva del residente se especificará por año de residencia o por áreas de rotación, según las características de cada especialidad.

El nivel de responsabilidad será establecido en cuatro escalones (El tutor puede usar este formato en cuatro niveles, o seguir, si le es más cómodo, el establecido por la Comisión Nacional de la especialidad[☒] que corresponda).

- **Actividades quirúrgicas y distintos tipos de procedimientos**
 - **Nivel de responsabilidad 4:** el residente observa
 - **Nivel de responsabilidad 3:** el residente ayuda
 - **Nivel de responsabilidad 2:** el residente actúa y el adjunto ayuda
 - **Nivel de responsabilidad 1:** el residente actúa sólo y solicita ayuda si lo necesita a un staff que está próximo y disponible
- **Actividad médica**
 - **Nivel de responsabilidad 4**
 - Historia: el residente realiza la anamnesis y la exploración con el adjunto.
 - Proceso diagnóstico: el adjunto le indica la estrategia diagnóstica.
 - Tratamiento: el adjunto hace el tratamiento.
 - Informes de alta o de otro tipo: el adjunto hace el alta informe de alta.
 - **Nivel de responsabilidad 3**
 - Historia: realiza la anamnesis y la exploración que posteriormente es siempre revisada por el adjunto.
 - Proceso diagnóstico: el residente plantea la estrategia que posteriormente es supervisada por el adjunto.
 - Tratamiento: el residente hace el tratamiento que es corregido y visado por el adjunto.
 - Informe de alta: el residente hace un informe que es corregido y visado por el adjunto.
 - **Nivel de responsabilidad 2**
 - Historia: la realiza el residente y después la comenta al adjunto, no es necesario que el adjunto reexamine el paciente.
 - Proceso diagnóstico: el residente plantea la estrategia diagnóstica y la comenta con el adjunto.

☒

* En las especialidades que su comisión nacional haya elaborado un documento de responsabilidad progresiva, se puede adjuntar éste al Itinerario Tipo de la Unidad Docente; en este caso podría no ser necesario desarrollar este apartado según la puntuación CHUVI.

- Tratamiento: el residente hace el tratamiento y lo comenta al adjunto.
- Informe de alta: el residente hace un informe que es visado por el adjunto.
- **Nivel de responsabilidad 1**
 - En todos los apartados el residente es autónomo y consulta solamente las dudas al staff.

Funciones y supervisión de los Residentes en Urgencias

Residentes actuando como especialistas: sus funciones y supervisión están definidos en el itinerario tipo de la Unidad Docente de que se trate.

Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: sus funciones y supervisión están delimitadas por su Comisión de Docencia (ver anexo).

Funciones y supervisión de los Residentes de primer año en Urgencias

Sus objetivos de aprendizaje serán:

- Conocer el manejo básico de las patologías más prevalentes en urgencias
- Conocer las presentaciones agudas de los principales síndromes de la medicina de urgencias y emergencias.
- Realización correcta de la anamnesis y exploración física.
- Manejo de la información al paciente y su familia en urgencias
- Conocer los recursos asistenciales para hacer el diagnóstico urgente en las diferentes áreas de urgencias.
- Manejo de pruebas diagnósticas, exploraciones complementarias y medidas terapéuticas en urgencias.
- Valoración rápida de la gravedad del paciente.
- Realizar una orientación diagnóstica y un juicio clínico de presunción.
- Manejo adecuado de la medicación más utilizada en urgencias incluida oxigenoterapia.
- Conseguir agilidad en el tratamiento urgente de la patología médico-quirúrgica.

Los conocimientos que deben adquirir:

- Conocimiento de la estructura y normativa de funcionamiento del servicio incluido el triaje Manchester.
- Manejo del programa informático IANUS.
- Conocimiento de la patología más prevalente en urgencias.
- Conocimiento de las descompensaciones de la patología médica crónica más frecuente y prevalente

- Conocimiento y utilización de las constantes vitales y monitores.
- Utilización racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos.
- Conocimiento de los protocolos en uso.
- Conocimiento de los recursos asistenciales existentes en urgencias, como son la Unidad de Observación, así como la Hospitalización a Domicilio, consultas externas especializadas hospitalarias y extrahospitalarias además de la hospitalización convencional.
- Utilización racional y segura de los fármacos disponibles y su pauta general.

Las habilidades que deben adquirir:

- Realizar una entrevista clínica adecuada en urgencias con una anamnesis correcta.: realizar una historia clínica estructurada que incluye: motivo de consulta, antecedentes, hábitos, alergias, enfermedad actual, exploración física por aparatos, diagnóstico diferencial y plan diagnóstico y terapéutico.
- Realizar una exploración física adecuada.
- Realización de pruebas y técnicas en colaboración y bajo la supervisión del personal médico o de enfermería, como canalización vía venosa básica, punción arterial para gasometría, realización de un ECG, colocación sonda uretral y nasogástrica, inmovilización y colocación de férulas (yeso o aluminio), vendajes, etc.
- Solicitar de forma adecuada e interpretar correctamente las pruebas complementarias de laboratorio e imagen más habituales en urgencias.
- Utilización clínica del ECG: lectura, signos fundamentales, identificación de arritmias y otras alteraciones como la cardiopatía isquémica.
- Adquirir habilidad en las maniobras de soporte vital básico.

Supervisión y responsabilidad

- El grado de responsabilidad asumido por el R1 en Urgencias empezará en el rango 4 y avanzará progresivamente al rango 3. Un nivel más avanzado como el 2 sólo está justificado para aquellos residentes que tienen experiencia profesional previa y el adjunto lo considere oportuno. En todo caso el adjunto debe visar y firmar los informes de alta y los tratamientos.
- Las decisiones de ingreso en la Unidad de Observación de Urgencias son competencia del adjunto, quien podrá delegarla en el residente si lo considera suficientemente capacitado.
- El residente Informará al paciente, y en su defecto a los familiares directos o más cercanos, de su primera impresión tras haberlo comentado con su médico adjunto responsable así como de las pruebas, tratamientos o si se va a proceder al alta o ingreso.
- Respecto a la emisión de recetas, el residente de primer año estará capacitado en efectuarlas siempre y cuando estén en concordancia con el informe de alta respectivo, supervisado por el médico adjunto.