

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE UNIDAD DOCENTE DE PLASENCIA

Elaborado por UDM- AFyC Plasencia
Aprobado en Comisión de Docencia

1ª revisión; Octubre 2014
2ª revisión; Enero 2015
3ª revisión; Mayo 2015
4ª revisión; Julio 2015
5ª revisión; Marzo 2016
6ª revisión; Julio 2016

<u>1. ASPECTOS LEGALES</u>	2
<u>2. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO</u>	3
<u>3. NIVELES DE RESPONSABILIDAD/ SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE</u>	3
<u>4. DOCUMENTO DE ORGANIZACIÓN INTERNA</u>	4
<u>5. SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE</u>	6
<u>A) Supervisión del residente en Atención Primaria (AP)</u>	7
<u>B) Supervisión del residente en la rotación por los servicios hospitalarios y otros dispositivos de rotación</u>	10
<u>C) Supervisión del residente en el Punto de Atención Continuada (P.A.C.) en atención primaria</u>	13
<u>D) Tareas, responsabilidad y supervisión de los residentes MFyC en Servicio de Urgencias hospitalarias</u>	18
6. AUSENCIAS JUSTIFICADAS E INJUSTIFICADAS A LA GUARDIA.....	27
7. ASIGNACIÓN DE LOS PUESTOS DE GUARDIA DE URGENCIAS HOSPITAL.....	28
8. DOCUMENTO CONSENSUADO CON DIRECCIÓN-GERENCIA Y DIFUSIÓN.....	28
9. SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE ESTE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.....	28

1. ASPECTOS LEGALES

El deber de supervisión del residente viene establecido, entre otros, por el RD 183/2008, del que destacamos los siguientes aspectos del Capítulo V:

- *Artículo 14.*

El deber general de supervisión:

“Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se formen en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de éstos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornadas y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

- *Artículo 15.*

La responsabilidad progresiva del residente o “El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, 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 del especialista” o “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” o “La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, 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”

“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” o “Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica”.

Así mismo, encomienda dicha labor de supervisión a todos los profesionales que forman parte de la organización sanitaria: “La supervisión de residentes se llevará

a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación”.

2. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

Para la elaboración de este protocolo se hizo revisión y reestructuración de los protocolos previos, que se aprobaron en la Comisión de Docencia Hospitalaria y por la Gerencia de Área, y, para las adaptaciones posteriores se contó con la opinión y colaboración de los miembros de la Comisión de Docencia de Atención Familiar y Comunitaria, Tutor Hospitalario, Jefe de Servicio de Urgencias y Dirección-Gerencia del Área; los miembros del grupo de trabajo revisaron independientemente la documentación técnica e interaccionaron a través del correo electrónico, posteriormente se aprobaría en Comisión de Docencia el protocolo actual.

3. NIVELES DE RESPONSABILIDAD/ SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

La responsabilidad del residente será progresiva pasando de una supervisión muy estrecha durante el primer año a una práctica autonomía durante el último año.

“La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, 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”.

Definimos tres “Niveles de Responsabilidad”/ Supervisión

Nivel 1:

El residente **observa la actuación del adjunto** que es quien realiza siempre la atención del paciente.

El residente sólo tiene conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

Tal y como especifica el RD 183/2008, la supervisión del **residente de primer año debe ser una supervisión de presencia física**. Toda la actividad asistencial del residente será supervisada en forma de presencia física por el tutor o facultativos del servicio de urgencias.

Nivel 2:

El residente realiza la atención del paciente bajo la **supervisión directa o intervención tutorizada** del adjunto.

El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente.

Las actuaciones estarán tuteladas. La supervisión podrá ser normalmente mediante intervenciones tutorizadas, el residente realiza sus actividades ante la presencia del docente.

Dicha supervisión será decreciente en función de la adquisición de competencias del residente.

Nivel 3:

El residente realiza la atención al paciente, **sin la necesidad expresa de la supervisión directa** del adjunto, al que puede consultar. El residente ejecuta y posteriormente informa.

Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Solicita supervisión cuando lo considera necesario.

El tutor o facultativo asume las funciones responsables de la guardia y será el interlocutor con las autoridades sanitarias y del orden público.

“En todo caso, el residente, 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”.

El paso de un nivel a otro siempre será progresivo y se adaptará, claro está, no solo al año de residencia, sino a las diferentes habilidades y competencias adquiridas por el residente (valoradas por el tutor) y la posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica.

De forma general, según su año de formación un residente podrá tener los siguientes niveles de responsabilidad siempre a criterio de su tutor:

Especialidad Año/ Nivel de Responsabilidad

R1* / Nivel 1
R2 / Nivel 2
R3 / Nivel 2 o 3
R4** / Nivel 3

*Siempre nivel 1 al comenzar la formación

**Siempre nivel 3 al finalizar la formación

No obstante, el tutor podrá determinar instrucciones específicas sobre el nivel de responsabilidad del residente a su cargo, de lo que informará tanto al residente como a los demás tutores o colaboradores del Servicio o Centro.

4. DOCUMENTO DE ORGANIZACIÓN INTERNA

Este documento establece las **Normas Generales**, admitiéndose un margen de flexibilidad en función de determinados condicionantes puntuales, que aconsejen la adaptación de dichas normas a situaciones especiales o excepcionales que pudieran plantearse en un momento determinado (variaciones en el colectivo de residentes, capacidad docente, características organizativas de los Servicios y PAC, guardias en Centro de Salud Rural...) situaciones que serán sometidas a valoración por la Comisión de Docencia de Atención Familiar y Comunitaria (AFyC).

La Unidad Docente no se responsabiliza de cambios de guardias no informados con la antelación suficiente.

El número de guardias en el mes, de acuerdo con lo preestablecido, y realizando sobre la generalidad las adaptaciones correspondientes en caso de estar justificado, serán de **4 guardias al mes (R1,R2 y R3) y 5 guardias al mes (R4)**, salvo en casos excepcionales en los que se podrá hacer una guardia más por motivos mayores o por motivos de mejora docente, respetando el periodo vacacional, así como las adaptaciones necesarias en casos justificados por mejora docente.

El residente debe ir adecuadamente uniformado en las guardias según las características del dispositivo.

La distribución general será

Los **R1, R2 y R3** realizarán habitualmente 3 guardias al mes en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Puerto (HVP), 2 de ellas de 16,5 horas y una de 24 horas; así como una guardia al mes de 16,5 horas en uno de los Puntos de Atención Continuada (PAC) de Plasencia o PAC rural de Cabezuela o Hervás (solo a partir de la rotación por Rural y con los colaboradores docentes nombrados por la Comisión de docencia para este fin). Durante la rotación por Medicina Interna, los residentes pueden hacer hasta 2 guardias al mes los dos meses que dura esta rotación, las guardias se harían en Especialidades Médicas y equivalen a guardias de Urgencias HVP, de 16,5 horas o de 24 horas. En este caso, el residente informará al Servicio para cuadrar las guardias. No podrán realizar estas guardias los residentes que roten en Medicina Interna durante su primer año de residencia, pudiendo recuperarlas a partir del segundo año de residencia con el visto bueno de la Unidad Docente y el Servicio.

Los **R4** harán en S. Urgencias del HVP 5-6 guardias al año de 16,5 horas y 6 guardias al año de 24 horas. Realizarán 6 guardias al año, preferentemente de 16,5 horas en UME- Plasencia. También realizarán 4-6 guardias al año de 16,5 horas en el Centro de Salud Rural de Cabezuela o Hervás con los tutores colaboradores rurales nombrados por la Comisión de Docencia de AFyC y el resto de guardias serán en el PAC de Plasencia, de ellas , 5-6 al año de 24 horas y el resto de 16,5 horas. En el PAC de Plasencia los residentes de último año tienen contemplada la guardia “corta”, con su correspondiente descanso posterior según la normativa vigente.

En las guardias de 16,5 horas el horario es de 15.30 horas a 8 horas.

Las guardias de PAC de Plasencia se realizan en los Centros de Salud Plasencia I y Plasencia II hasta las 22 horas y posteriormente, una vez cerrados estos centros, se continua la guardia en el Centro de Salud Plasencia III (Dispositivo docente asociado para guardias), salvo que la guardia se realice directamente desde el principio en el Centro de Salud Plasencia III, con un tutor o colaborador docente, en cuyo caso el residente permanece en el mismo centro hasta finalizar la guardia.

Los calendarios de guardia se establecen el mes anterior y se hacen llegar vía mail a los residentes.

Existe un documento para el orden de la elección de guardias, establecido y aprobado por esta Unidad Docente y realizado conjuntamente con los residentes.

Los residentes se distribuirán las guardias del PAC de Plasencia de forma prioritaria con su tutor principal. Si algún tutor no hace guardias o no está disponible, los residentes a su cargo harán las guardias con otro tutor de uno de los dos centros acreditados, preferentemente con el tutor de apoyo o con un colaborador docente de uno de los Centros de Salud acreditados o adscritos como dispositivo para la docencia o con los tutores colaboradores rurales a partir de su rotación rural.

Podrán efectuarse **cambios de guardia** en situaciones excepcionales y se comunicarán por parte del residente con la máxima antelación posible a la Unidad Docente y al responsable de la guardia correspondiente. Una vez establecido el calendario, ningún residente podrá anularse una guardia salvo causas de fuerza mayor.

5. SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

En base a todo lo anterior se presenta en Comisión de Docencia la revisión del Protocolo previo, como base del presente Protocolo de Supervisión y gradación de la supervisión en las guardias.

La presente revisión del Protocolo se elabora por la Comisión de Docencia de AFyC, Dirección-Gerencia , Jefe de Estudios y Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital Virgen del Puerto.

La supervisión de **residentes de primer año** será **siempre de presencia física (RD 183/2008)** 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 a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo: A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a éste como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, 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.

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.

Esta supervisión se realizará en los dispositivos, independientemente de su ubicación, por los que tiene que rotar el residente de Medicina Familiar y Comunitaria:

- Atención Primaria (Centro de Salud y Centro de Salud o consultorio rural).
- Dispositivos docentes asociados (COPF, Equipos de Salud Mental, Paliativos, Centro socio-sanitario, Servicios centrales de Farmacia, Salud Pública...etc) y Servicios Hospitalarios.
- Guardias (PACs, Servicios de Urgencias Hospital, UME, Especialidades médicas).

A) SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

El periodo de rotación en Atención Primaria (AP) bajo la supervisión del tutor tiene como objetivo habilitar al médico residente en el desempeño de todas las funciones propias de un médico de Atención Primaria.

Dicho proceso está basado en la asunción progresiva de responsabilidades en las consultas de AP.

Se aplicará un esquema de responsabilidad progresiva a lo largo de la residencia adecuado en todo momento al nivel de formación y a criterio del tutor.

Residente 1er año

El objetivo de esta primera rotación del residente de primer año en su Centro de Salud es tomar contacto con la Atención Primaria de forma global, familiarizarse con el abordaje integral del paciente y realizar una adecuada entrevista, historia clínica, exploración física y la consecución de los objetivos delimitados por el Programa Oficial de la Especialidad.

Durante su estancia en el Centro de Salud el residente de primer año permanecerá siempre junto a su tutor en todas las actividades asistenciales, preventivas, de promoción de salud o de otra índole que éste desarrolle durante la jornada laboral. En caso de ausencia de su tutor, o si éste así lo decide por cuestiones formativas, el residente podrá permanecer con otro tutor o con otro profesional del Centro (esta última situación sólo se producirá por la segunda razón anteriormente expuesta), que asumirá la supervisión de presencia física del residente en ausencia del tutor.

Tal y como especifica el RD 183/2008, la supervisión del **residente de primer año debe ser una supervisión física**. Toda la actividad asistencial del residente será supervisada en forma de presencia física por el tutor.

En la consulta, el residente de primer año podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a la valoración (anamnesis y exploración), siempre bajo la supervisión de presencia física del tutor.

El residente podrá proponer y discutir con su tutor la realización de pruebas complementarias y la instauración o modificación del plan de cuidados.

En las urgencias que se produzcan durante la jornada ordinaria, el residente acompañará al tutor en la atención, pudiendo realizar, a criterio del tutor, la valoración (anamnesis y exploración) del paciente siempre bajo la supervisión de presencia física del tutor, y proponer y discutir con éste los diferentes diagnósticos y tratamientos.

Con respecto a las visitas a domicilio, el residente acompañará al tutor. Nunca acudirá solo a un domicilio. Durante la visita el residente actuará de forma similar a como lo hace en la consulta.

Residentes 2° y 3° año

“La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, 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 de **segundo año** irá realizando actividades bajo la supervisión directa del tutor, la supervisión será decreciente en función de la adquisición de competencias del residente. El tutor estará siempre accesible.

* Los residentes de **tercer año** irán asumiendo progresivamente mayores grados de responsabilidad en la consulta, siempre al ritmo que el tutor considere adecuado.

En las urgencias que se produzcan durante la jornada ordinaria en el Centro de Salud el residente acompañará al tutor o tutor de apoyo o colaborador en la atención.

En los domicilios el residente podrá acudir acompañando a sus tutores. No acudirá solo a un domicilio.

En las rotaciones que el residente de medicina realice dentro de su plan formativo (matronas, trabajadores sociales, etc) siempre actuará bajo la supervisión directa del tutor colaborador.

Residente 4° año

Según recoge el POE de Medicina Familiar y Comunitaria los residentes tienen que ser capaces durante el cuarto año de formación, de participar activamente en todas las actividades del Centro de Salud y de hacerse cargo de forma autónoma y completa de una consulta de Medicina de Familia, con la presencia del tutor, su tutor de apoyo u otro tutor en el Centro de Salud.

La supervisión de las actividades autónomas que realice el residente en la consulta se concretará, sin perjuicio de su seguimiento a través de las actividades de tutorización continuada y en la posibilidad de que el residente pueda recurrir en caso de duda o ante situaciones complejas a su tutor principal, al de apoyo o a otros médicos de familia del Centro donde pase consulta.

Se recomienda que la actividad asistencial autónoma se realice de forma progresiva.

Durante el cuarto año no es indispensable la supervisión de presencia física en la consulta, siempre a criterio del tutor. El tutor estará en todo momento localizable para las posibles dudas que le puedan surgir al residente. En caso de ausencia del tutor, su tutor de apoyo u otro tutor (o excepcionalmente un médico colaborador no acreditado) asumirá la supervisión del residente durante su ausencia, si ésta dura más de dos días se debe comunicar a la Unidad Docente.

En las jornadas ordinarias, en las urgencias que se produzcan en el Centro de Salud, el residente acompañará a sus tutores en la atención.

A los domicilios el residente podrá acudir acompañando a sus tutores.

En las rotaciones que el residente de medicina realice dentro de su plan formativo (matronas, trabajadores sociales, etc) siempre actuará bajo la directa supervisión del tutor colaborador.

Antes de finalizar la residencia, a criterio del tutor, el residente de cuarto año, sustituirá a su tutor durante un periodo de hasta un mes para que éste pueda realizar un reciclaje clínico o actividad formativa para tutores. En este tiempo será supervisado por el tutor de apoyo o colaborador docente según los criterios establecidos.

Etapa inicial R4

El primer periodo de contacto del R4, con una duración aproximada de tres meses, tiene marcado como objetivo la familiarización del médico residente con el cupo en el que desempeñará su labor durante todo el año así como integrarse dentro del funcionamiento global del equipo de atención primaria desde el área administrativa hasta el área de urgencias.

Segunda etapa R4

El objetivo de esta etapa del R4 es la asunción progresiva de responsabilidades asistenciales del médico residente en la consulta de atención primaria. Para ello, dentro de la jornada semanal, y siempre según opinión específica del tutor, el residente se hará cargo de la atención a la consulta a demanda en el centro de forma completa un día a la semana, contando siempre con la presencia física en el centro de salud del tutor, realizando conjuntamente la atención domiciliaria. Tres días de la semana se mantiene la atención conjunta de la consulta y un día por semana el médico residente dedicará su jornada a la dedicación de otras actividades con otros tutores de apoyo.

Última etapa R4

En este periodo se procederá al reparto de la tarea asistencial, siempre a criterio del tutor, con calendario variable condicionado por las actividades docentes y de investigación que lleven a cabo tanto tutor como residente. Al menos un día a la semana la consulta se pasará de forma conjunta, estando garantizada la presencia física del tutor en el Centro de Salud los días que la tarea asistencial recaiga sobre el médico residente.

Dentro de este tiempo durante al menos cuatro semanas continuadas, a criterio del tutor, el R4 se hará cargo de la consulta en su totalidad, periodo en que algunos tutores tendrán la opción de efectuar reciclaje para profundización en habilidades clínicas, docentes o investigadoras bajo un calendario supervisado por la Unidad Docente / Coordinación AP y Dirección Asistencial. En esta etapa a cada médico residente su tutor le asigna un tutor de supervisión que físicamente se encuentra en el Centro de Salud. En esta etapa tendrá siempre un Nivel 3 de responsabilidad.

Una vez adquirido el máximo nivel de competencia, y siempre a criterio del tutor y por su indicación, podrán asistir solos a domicilios programados aunque preferentemente se realizarán con el tutor, y siempre estará garantizada la supervisión.

B) SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y OTROS DISPOSITIVOS DE ROTACIÓN

En sus distintas estancias formativas, en función de su año de residencia y de la valoración del tutor responsable de su rotación, el residente y los demás tutores colaboradores, conocerán su nivel de responsabilidad, pudiendo éste ir variando a lo largo de la rotación en función del progreso del residente (desde un nivel 1 hasta un nivel 2).

Se recomienda que en cada inicio de rotación por un servicio el Nivel de Responsabilidad sea 1 y luego, a criterio del tutor pase a un Nivel de responsabilidad 2.

***Rotaciones hospitalarias:**

Residente 1er año.

Nivel de responsabilidad 1.

El residente trata de integrarse en las actividades que normalmente desarrollen los residentes de su promoción en los servicios por los que rote. Se insiste en la realización de la anamnesis y la exploración de los pacientes, y solicitan apoyo expreso para realizar el diagnóstico o instaurar tratamiento.

Tal y como especifica el RD 183/2008, la supervisión del **residente de primer año debe ser una supervisión física**. Toda la actividad asistencial del residente será supervisada en forma de presencia física por el tutor o facultativos del servicio de urgencias.

Residentes 2º y 3º año.

Se recomienda que en cada inicio de rotación el Nivel de Responsabilidad sea 1 y luego, a criterio del tutor pase a un Nivel de responsabilidad 2.

El residente trata de integrarse en las actividades que normalmente desarrollen los residentes de su promoción en los servicios por los que rote.

El residente, poco a poco, irá realizando actividades bajo la supervisión directa del tutor, siendo la supervisión aun de presencia física al principio de la rotación.

***Rotaciones por otros dispositivos:**

Residente 1er año.

Nivel de responsabilidad 1.

El residente debe integrarse en las actividades que normalmente desarrollen los residentes de su promoción en los servicios por los que rote. Se insiste en la realización de la anamnesis y la exploración de los pacientes, y solicitan apoyo expreso para realizar el diagnóstico o instaurar tratamiento.

Tal y como especifica el RD 183/2008, la supervisión del **residente de primer año debe ser una supervisión física**. Toda la actividad asistencial del residente será supervisada en forma de presencia física por el tutor o facultativos del servicio de urgencias.

Residentes 2º y 3º año.

Se recomienda que en cada inicio de rotación el Nivel de Responsabilidad sea 1 y luego, a criterio del tutor pase a un Nivel de responsabilidad 2.

El residente, poco a poco, irá realizando actividades bajo la supervisión directa del tutor, siendo la supervisión aun de presencia física al principio de la rotación.

El residente trata de integrarse en las actividades que normalmente desarrollen los residentes de su promoción en los servicios por los que rote o en el servicio correspondiente.

* En las guardias de **Especialidades Médicas (pertenecientes a su rotación por Medicina Interna)** el residente prestará sus servicios bajo la dependencia y supervisión del médico o médicos responsables de **Especialidades médicas** durante las guardias que realizan por dicho lugar durante su rotación por Medicina Interna, a partir de R2, el cual les asignará los enfermos que deben asistir. En Medicina Interna y Especialidades médicas el residente siempre conocerá el nombre del adjunto responsable del paciente, al que debe informar. En el caso de que la rotación en Medicina Interna coincida con el primer año de residencia **no** se realizarán las guardias de Especialidades médicas.

El residente realizará las actividades bajo la supervisión directa del tutor, aunque se recomienda que en cada inicio de rotación la supervisión sea de presencia física. Los residentes de primer año no harán guardias de especialidades médicas.

Residente 4º año.

* En **UME** El residente debe integrarse en las actividades que normalmente desarrolle su tutor/ colaborador.

Por tanto, verán conjuntamente con el docente a todos los pacientes, con el fin de familiarizarse con las situaciones más frecuentes, su manejo y los procedimientos y criterios de derivación. El residente ve lo que hace el docente.

El residente contará con la presencia física del tutor responsable de la guardia, no pudiendo tomar ninguna decisión de forma autónoma.

No elaborará ningún documento ni valorará ningún paciente sin que el tutor esté presente y de su aprobación por escrito, con su firma.

A medida que vayan adquiriendo las competencias necesarias, y una vez acabada la rotación inicial (primeros meses de guardias) por UME, irán asumiendo de forma progresiva la asistencia a los pacientes a criterio del tutor.

Es decir, la supervisión pasará progresivamente de ser “el residente ve lo que hace el docente” a “asistidas en su ejecución por el residente” a criterio del tutor (el residente realiza sus actividades siempre ante la presencia y supervisión física del docente), siempre que dichas intervenciones no impliquen riesgo para el paciente.

Los residentes, por tanto, **no** podrán ser los **únicos firmantes** de un **informe** de asistencia o derivación hospitalaria.

En resumen....

Residentes de primer año

Durante su estancia en el dispositivo o servicio en el que rote, el residente permanece junto al colaborador docente asignado por el tutor, responsable docente o jefe del servicio en todas las actividades asistenciales o de otra índole que esté desarrollando durante la jornada laboral.

En caso de ausencia del colaborador docente asignado o si éste así lo decide por cuestiones formativas, el residente podrá permanecer con otro médico u otro profesional del servicio / dispositivo (esto último solo por la segunda razón expuesta) designado por el responsable de docencia del servicio / dispositivo , que asumirá la supervisión del residente en ausencia del colaborador docente asignado.

*En caso de que el colaborador docente asignado ya tenga a su cargo a un residente mayor de la propia especialidad (R3, R4 o R5) el residente podrá coincidir con el residente mayor, pero siempre con la disponibilidad del colaborador docente asignado en el mismo servicio que es el responsable de la **supervisión de presencia física**.*

El residente del primer año podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a la anamnesis y la exploración bajo la supervisión de presencia física del colaborador docente asignado, siempre que no suponga riesgo para el paciente.

El residente podrá proponer y discutir con el colaborador docente la solicitud de pruebas complementarias y la instauración o modificación de tratamientos.

En ninguna circunstancia el residente podrá dar el alta a un paciente.

Como parte del Protocolo de Supervisión en el informe del enfermo figurará el apellido del residente junto al del FEA responsable del citado residente para su posterior seguimiento y evolución.

*Es indispensable la **supervisión de presencia física** a los **residentes de primer año** y aconsejable en el resto de años de residencia, sobre todo al inicio de cada rotación, hasta que el residente conozca el funcionamiento del servicio.*

RESIDENTES PRIMER AÑO

- **Siempre con supervisión de presencia física**, participarán en la asistencia a pacientes en Consultas y urgencias realizando anamnesis, exploración física, petición y valoración de pruebas complementarias de primer nivel (Hemograma, Bioquímica, Orina, ECG, Rx básica).
- **Supervisión siempre de presencia física** por los profesionales que presten servicio en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de formación continuada.

Los mencionados especialistas visarán **siempre** por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Residentes de otros años

Es indispensable la supervisión de presencia física a los residentes de primer año y aconsejable en el resto de años de residencia al inicio de cada rotación.

Los residentes irán asumiendo progresivamente mayores grados de responsabilidad en las diferentes rotaciones por los servicios, al ritmo que el colaborador docente y el tutor consideren adecuado, hasta llegar a realizar su labor asistencial sin la presencia física del adjunto en las últimas fases de cada rotación.

El residente realizará las actividades **directamente** bajo la supervisión del tutor.

Trata de integrarse en las actividades que normalmente desarrollen los residentes de su promoción en los servicios por los que rote.

Es necesario que el adjunto esté siempre accesible para poder ser consultado.

En caso de ausencia del colaborador docente asignado, otro FEA asumirá la responsabilidad de supervisión del residente.

Si esta situación se prolonga más de dos días, este hecho será puesto en conocimiento del responsable de docencia del servicio/ dispositivo y de la Unidad Docente.

C) SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN EL PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA (P.A.C.) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Según el Programa Oficial de la Especialidad, para el médico de familia es de Prioridad I (imprescindible) el manejo diagnóstico y terapéutico en un primer nivel de las urgencias médicas, quirúrgicas, traumatológicas, etc, que son atendidas en un Centro de Salud.

Para conseguir este objetivo los residentes realizarán guardias en Atención Primaria (según indica el Itinerario Formativo) donde comenzarán con un nivel 1 de responsabilidad y finalizarán en su último año con un nivel 3 de responsabilidad.

Se encomienda la labor de supervisión a todos los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el residente esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

La labor de supervisión será llevada a cabo por distintos profesionales del equipo de guardia reconocidos como tutores /colaboradores docentes. Al inicio de cada guardia el residente tendrá asignado al tutor o colaborador docente de su supervisión en dicha guardia.

De igual modo, los tutores y colaboradores docentes de la asistencia en el PAC conocerán la identidad de los residentes a su cargo durante la guardia.

El colaborador docente de Atención Continuada es el especialista y profesional de los Centros de salud acreditados o adscritos como dispositivos docente a nuestra Unidad Docente y que realizan labores de Atención Continuada (incluye Centro de Salud Rural Hervás y Cabezuela)

Se aplicará un esquema general de responsabilidad progresiva a lo largo de los cuatro años de la residencia adecuado en todo momento al nivel de formación, que abarca un abanico que va desde la supervisión de presencia física a la intervención del residente no supervisada directamente.

Es indispensable **la supervisión de presencia física a los residentes de primer año** y aconsejable en el resto de años de residencia, sobre todo al inicio de cada rotación o servicio de guardias por un lugar nuevo hasta que el residente conozca el funcionamiento del mismo.

Residente 1er año

Siempre tendrá un Nivel 1 de Responsabilidad.

La supervisión será **siempre de presencia física**.

Por tanto, verán conjuntamente con el docente a todos los pacientes, con el fin de familiarizarse con las situaciones más frecuentes, su manejo y los procedimientos y criterios de derivación. El residente ve lo que hace el docente.

El residente al final de esta etapa, con la supervisión de presencia física del docente, deberá ser capaz de poder atender a los pacientes que se presenten en el PAC, realizando las oportunas anamnesis y exploración física, siempre que éstas no supongan riesgo para el paciente, llegando a ser capaz de elaborar con el médico de guardia un plan diagnóstico y terapéutico, y proponiendo un plan de actuación determinado.

El residente propondrá y discutirá con el médico de guardia la planificación de la atención en consulta, la realización de pruebas complementarias, la posible derivación y la instauración y modificación del tratamiento.

Los docentes visarán **por escrito** los informes de asistencia, los de derivación y otros documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Los R1, por tanto, **no** podrán ser los **únicos firmantes** de un **informe** de asistencia en el PAC o derivación hospitalaria.

Los residentes de primer año **no** están autorizados a realizar recetas ni podrán firmar partes de lesiones.

En la atención a los avisos domiciliarios, el residente de primer año siempre acudirá a los mismos junto con el tutor de guardia en los Centros de Salud que cuenten solo con uno. En aquellos que haya más de uno de guardia, el residente podrá acudir con el tutor a los avisos domiciliarios o quedarse en el Centro de Salud con el otro adjunto. En ningún caso permanecerá solo en el Centro de Salud ni acudirá solo a los avisos domiciliarios. En la atención de los avisos domiciliarios el residente actuará de forma similar a como lo hace en la consulta.

El Residente de primer año contará con la supervisión de presencia física del tutor responsable de la guardia, no pudiendo tomar ninguna decisión de forma autónoma.

No elaborará ningún documento ni valorará ningún paciente sin que el tutor esté presente y de su aprobación por escrito, con su firma.

Residentes mayores

A criterio del tutor / responsable de la guardia, el residente irá adquiriendo paulatinamente mayor autonomía en la toma de decisiones, generalmente van a ir alcanzando un Nivel 2 de responsabilidad (incluso Nivel 1 al comienzo en un dispositivo o servicio al que acuda por primera vez) y van a finalizar con un Nivel 3 de responsabilidad.

A medida que los residentes vayan adquiriendo las competencias necesarias irán asumiendo de forma progresiva la asistencia a los pacientes. Es decir, la supervisión pasará progresivamente de ser “el residente ve lo que hace el docente” a “intervenciones tutorizadas” hasta llegar a no ser estrictamente necesaria la supervisión directa para los residentes del último año.

“La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, 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”

Si fuera necesario, al inicio de la guardia, el residente y el médico responsable de la misma, acordarán el papel del residente, el grado de supervisión y la manera más adecuada de llevarla a cabo.

El grado de autonomía del residente mayor en las guardias será progresivo, pudiendo llegar a ser autónomo en el cuarto año (aunque contando con la presencia física del tutor o colaborador), siempre que el profesional responsable de la guardia así lo considere y acepte.

En cualquier caso, y sobre todo, cuando se trate de un problema importante, el residente mantendrá informado al médico de guardia de sus actuaciones.

Todo residente mayor, independientemente de su experiencia o año de residencia, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los profesionales de guardia, quienes, dada su condición de profesionales ligados a un centro de salud docente, deben prestársela.

En la atención a los avisos domiciliarios, el residente siempre acudirá a los mismos junto con el tutor de guardia en los Centros de Salud que cuenten solo con uno. En aquellos que haya más de uno de guardia, el residente podrá acudir con el tutor a los avisos domiciliarios o quedarse en el Centro de Salud con el otro adjunto. En ningún caso permanecerá solo en el Centro de Salud ni acudirá solo a los avisos domiciliarios. En la atención de los avisos domiciliarios el residente actuará de forma similar a como lo hace en la consulta.

Residentes 2º y 3º año

Los residentes de **segundo y tercer año** generalmente han adquirido ya una serie de competencias que le van a permitir cierta autonomía en la atención de los pacientes, siempre a criterio del tutor.

Por tanto se atenderán a los usuarios de forma escalonada, viéndolos primero el residente y posteriormente, o a la vez cuando lo requiera, también el docente, con el fin de confirmar o aclarar juicios clínicos y/o conductas a seguir.

- La supervisión será, generalmente, mediante **intervenciones tutorizadas con supervisión directa para el R2** (el residente realiza sus actividades ante la presencia del tutor, sobre todo en domicilios y vía pública)

- En general, la supervisión para el **R3** podría llegar a ser mediante **intervención directa** (se obtiene la información a posteriori o por otra vía), no necesariamente supervisada de forma directa por el tutor, pero siempre a criterio del tutor y con el conocimiento del mismo.

Ya no será necesario el visado por escrito de los docentes y los residentes podrán tomar decisiones sobre derivaciones al hospital si se considera oportuno, tras evaluar el caso y acordar con el paciente y familiar, y, sobre todo, siempre con el tutor /colaborador el curso de la actuación.

Residente 4º año

Deberá haber asumido necesariamente un Nivel 3 de Responsabilidad al finalizar su formación.

Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad expresa de tutorización directa.

Solicita **supervisión cuando lo considera necesario**. El residente ejecuta y posteriormente informa.

El residente de **cuarto año**, al finalizar su formación, y a criterio del tutor, será capaz de asumir la atención de los pacientes de forma autónoma, contando con la presencia del tutor de la guardia en el Centro de Salud y consultando, sobre todo, dudas, o cuando sea preciso tomar la decisión de derivación del paciente a otro nivel o surjan situaciones conflictivas que precisen su actuación o asesoramiento.

Durante este periodo el residente tendrá una mayor autonomía y responsabilidad.

Por tanto, la asistencia sanitaria deberá ser preferentemente realizada por el residente, salvo periodos de descanso, momentos de aumento de presión asistencial u otras circunstancias que entre tutor /colaborador docente y el residente se considere que el docente comparta parcialmente o asuma completamente la asistencia, siempre a criterio del tutor y con total disponibilidad para su supervisión.

Salvo situaciones muy excepcionales, y siempre a criterio del tutor, en las que coincidan en el tiempo dos o más urgencias vitales, el R4 no permanecerá solo en el Centro de Salud ni acudirá solo a los avisos domiciliarios urgentes.

La supervisión, en general, será pues requerida, a posteriori.

En cualquier momento de la guardia el residente puede estar en contacto con el docente para las aclaraciones o toma de decisiones que puedan surgir. En casos como accidentados o situaciones especiales en las que el residente solicite la supervisión directa del profesional tutor/colaborador docente de guardia, éste lo acompañará realizando la asistencia de forma conjunta.

Los R4 pueden ayudar (¡nunca supervisar!) a los residentes menores cuando estos lo soliciten, pero en todo caso la supervisión corresponde al tutor o colaborador docente. Durante este último año, el residente, al asumir estas responsabilidades, se prepara de forma completa para cumplir sus funciones como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En resumen....

Independientemente del año de formación y respetando la supervisión secuencial expuesta previamente, la labor de supervisión en el P.A.C. será llevada a cabo por los distintos tutores y colaboradores docentes. Al inicio de cada guardia el residente tiene asignado un tutor o colaborador docente responsable de su supervisión. De igual modo los tutores y colaboradores conocen la identidad del residente a su cargo durante la guardia.

Cada residente deberá acompañar al equipo de guardia al que esté adscrito en la atención de los avisos urgentes fuera del centro sanitario, pero en ningún caso los realizarán solos. Cuando realicen dicha asistencia deben ir adecuadamente identificados y con equipación y vestimenta apropiados.

El residente deberá mantener informado al paciente y/o su familia de la orientación diagnóstica y su evolución en el tiempo de seguimiento que, en su caso, se realice a los pacientes durante su paso por el P.A.C. , pudiendo y debiendo solicitar ayuda para tal fin docente cuando sea oportuno o así esté establecido, especialmente ante la comunicación de malas noticias o cuando se trate de situaciones de especial complejidad o dificultad.

Solicitarán ayuda del tutor o colaborador docente cuando lo consideren necesario o así esté establecido (ante manejo de paciente difícil, empeoramiento clínico, situaciones legales y sociales complicadas de manejar, llegar al límite de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas...) sea cual sea el momento de la guardia en que se presenta la situación.

El residente atenderá a cualquier paciente sin seleccionar a los enfermos, exceptuando las emergencias y pacientes críticos, donde la asistencia será efectuada por el tutor/ colaborador docente de guardia con el residente mayor y el residente menor auxilia en aquello que sea requerido por el tutor o colaborador, siempre a criterio del tutor.

D) TAREAS, RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

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, debiendo ser supervisadas por los tutores y colaboradores de las unidades asistenciales en las que se realicen.

El objeto de este Protocolo es regular la actividad asistencial y docente de los especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria en el Servicio de Urgencias del HVP, tanto en sus rotaciones como en las guardias. El objetivo es alcanzar en este área progresivos conocimientos y responsabilidad.

El **objetivo general** es garantizar una progresiva asunción de responsabilidades por parte del residente en el Servicio de Urgencias, guardando un nivel decreciente en su supervisión, a medida que el especialista en formación avance en la **adquisición de competencias necesarias para la atención de pacientes en el Área de Urgencias.**

De forma general, los **objetivos docentes** específicos de la actividad en las áreas de Urgencias serán los destinados a que un residente esté capacitado para identificar y tratar patología urgente de forma rápida, eficaz y segura.

Las habilidades a adquirir en este servicio se pueden resumir en:

- Realizar entrevista clínica y conseguir una buena valoración global del paciente.
- Identificar el motivo de la consulta y desarrollo de la enfermedad.
- Realización de cursos y epicrisis
- Realizar una exploración física sistemática, especialmente de los aparatos y sistemas implicados en el motivo de consulta.
- Saber indicar las exploraciones complementarias básicas (analítica, Rx, Ekg)
- Saber interpretar los datos obtenidos.
- Dominar las punciones más habituales en Urgencias.
- Elaborar juicio clínico y diagnóstico de presunción.
- Realizar una valoración rápida de la gravedad.
- Plantear opciones terapéuticas, y según ellas decidir ingresos, altas, traslados...
- Saber establecer una relación con los familiares de los pacientes ante situaciones difíciles: malas noticias, autopsias, pacientes agresivos...
- Adquirir agilidad y destreza 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 tratamientos en los enfermos.

Los residentes permanecen en centros y unidades docentes acreditadas, donde se forman de manera supervisada a fin de alcanzar los conocimientos necesarios para ejercer una especialidad y obtener su título de especialista.

La figura del tutor hospitalario de residentes recae en un facultativo del Servicio de Urgencias que está nombrado en Comisión de Docencia del Hospital.

El tutor hospitalario, con el visto bueno del Jefe del Servicio de Urgencias, es el especialista en servicio activo, perteneciente al Servicio de Urgencias, que se encarga de la asignación del tutor de guardia, cuya misión es la de supervisar según el Protocolo vigente, la actuación que los especialistas en formación desarrollan en sus guardias en el mencionado servicio.

Cuando el tutor de guardia no esté disponible la supervisión será asumida por cualquier otro facultativo del servicio.

En la definición legal de médico interno residente se destacan sus dos notas características esenciales “la práctica profesional programada y supervisada” y la adquisición progresiva de “conocimientos y responsabilidad”.

La diversidad y el volumen de pacientes y situaciones de Urgencias convierten a este Servicio en uno de los pilares de la docencias y formación del residente.

Todos los FEA de los Servicios de Urgencias y los responsables de cada uno de los dispositivos asistenciales de la Unidad Docente, son responsables asimismo de la tutela y supervisión del residente.

El artículo 14 del Decreto 183/2008 establece el “deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen residentes”

La supervisión del MIR variará según vaya adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad y también dependerá de su año de residencia.

Colaboran en la supervisión los facultativos de guardia de otras especialidades que sean consultados, pues existe el deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se forman los residentes.

El adjunto supervisará las situaciones de interlocución del residente con otro servicio. El ingreso de los pacientes y la responsabilidad de pautar los tratamientos de planta una vez decidido el ingreso, corresponde al adjunto.

El Servicio designará al facultativo de guardia responsable de la tutorización de cada residente durante su estancia en la Unidad.

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria realizan 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. Para esta rotación inicial el servicio le asigna a un tutor que orienta y supervisa dicha rotación así como las guardias que se realizan en ese mes, que son en número las descritas previamente (página 5 de este documento).

También se puede elegir una rotación por el Servicio de Urgencias como “electiva” en el tercer año de residencia.

Durante las guardias en S. Urgencias-HVP habrá un mínimo de dos residentes, salvo en alguna situación excepcional o incidencia de última hora, tras la que se

hayan agotado los recursos disponibles para poder cubrirla, y se realice de otra manera, con el visto bueno de la Dirección y Unidad Docente e informando de dicha circunstancia al Servicio. Se procura que siempre con los R1 haya un residente mayor, salvo en los primeros meses, en que el residente de primer año está de residente “mochila” del tutor asignado.

Durante el primer año de residente la supervisión es de presencia física.

Al inicio de cada guardia el residente tendrá asignado un adjunto responsable de su supervisión en dicha guardia, de igual modo los facultativos responsables de la asistencia en la Urgencia del Hospital, conocerán la identidad de los residentes a su cargo en la guardia.

El listado de facultativos de guardia con la correspondiente asignación de residentes para su tutorización será firmada por el jefe del servicio de Urgencias, ubicándose en lugar visible y remitiéndose copia a la Dirección Médica.

!!!! La supervisión del residente de primer año será de presencia física !!!!!

FUNCIONES DE TUTOR/ES (HOSPITALARIO)

- Supervisar la rotación MIR por las distintas áreas del Servicio de Urgencias y realizar las planillas de guardia de presencia física con una periodicidad suficiente.
- Realizar y tramitar las propuestas de los residentes a la Comisión de Docencia y al coordinador de Urgencias cuando proceda.
- Serán enlace visible entre residente y cualquier facultativo del servicio de urgencias y viceversa.

FUNCIONES DE LOS ESPECIALISTAS DE ÁREA (FEA)

- Serán consultores, referentes y reguladores de la atención a los enfermos que llegan a la Urgencia, estableciendo la prioridad con los enfermos críticos.
- Atenderán directamente las emergencias.
- Se encargarán de supervisar a los médicos residentes, con especial dedicación en el caso de los residentes de primer año estar al corriente de todas las decisiones que éstos tomen. **Supervisión de presencia física R1.**
- Intentarán solucionar los problemas médicos que se planteen.
- **Decidirán y autorizarán el paso a observación, ingreso, traslado o alta de los pacientes.**

SOBRE LOS RESIDENTES

- Doble vertiente docente y laboral
- Derecho y obligación de desarrollar su programa de formación. Para ello cuenta con la tutela, orientación y supervisión de su labor asistencial y docente en el grado adecuado a cada situación.
- La dedicación exclusiva.
- El derecho a disfrutar de los beneficios de la seguridad social.
- La obligación de desarrollar labores asistenciales que le sean encomendadas por la Coordinación de Urgencias del Área, la Dirección Asistencial y la Comisión de Docencia.

Los residentes realizarán guardias en el Servicio de Urgencias del Hospital (según indica el Itinerario Formativo) donde comenzarán con un nivel 1 de responsabilidad y finalizará en su último año con un nivel 3 de responsabilidad.

En el Servicio de Urgencias del Hospital, los pacientes serán asignados a los residentes tras efectuar el “triage”, atendiendo a criterios de capacidad, interés docente y equidad en la carga de trabajo.

El residente prestará sus servicios bajo la dependencia del adjunto /adjuntos responsables de la unidad a la que se encuentre adscrito en cada momento, que le asignará los enfermos que deben asistir. Se le indicará en todos los casos el adjunto del Servicio de Urgencias al que deben consultar en cada paciente o que debe estar presente mientras se haga (en el caso del residente de primer año) por escrito en la Historia Clínica.

En general se establece un sistema que permita racionalizar la supervisión y gradación del residente en función de su capacidad para resolver problemas, que hay que individualizar, pero que normalmente puede corresponderse con:

HABILIDAD	Nivel medio de responsabilidad *			
	R1	R2	R3	R4
Presentarse e informar al paciente y familiares	1-2	2	3	3
Comunicación de malas noticias	1	2	3	3
Realización de Historia clínica, orientación global del paciente identificando el motivo actual de consulta y valoración global del grado de gravedad	1	2-3	3	3
Evaluación del estado mental del paciente	1	2	3	3
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la exploración física específica según la orientación clínica	1	2-3	3	3
Solicitar e interpretar correctamente las pruebas complementarias básicas como analíticas y Rx	1	2-3	3	3
Indicación e interpretación correcta del ECG de 12 derivaciones, Especialmente identificar el ECG patológica (Infarto, arritmias...)	1	2-3	3	3
Solicitud de interconsultas a otros especialistas	1	2	2	3
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales	1	2	3	3
Iniciarse en punciones arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, Punción lumbar y artrocentesis	1	2	2	3
Sondaje vesical y nasogástrico	1	2	2	3
Conocimiento y utilización de monitores. Sistemas de monitorización.	1	2	3	3
Iniciación de terapéutica en urgencias: sueroterapia, oxigenoterapia, Broncodilatadores, indicación de los principales fármacos....	1	2	2	3
Uso de antibioterapia	1	2	3	3
Valoración del paciente politraumatizado y manejo inicial	1	2	3	3
R.C.P. básica y avanzada	1	2	2	3
Decisión de ingreso y alta hospitalaria	1	1	2	3

***SUPERVISIÓN SEGÚN NIVEL DE RESPONSABILIDAD:**

1. Supervisión de presencia física
2. Las actuaciones estarán tuteladas . La supervisión podrá ser normalmente mediante intervenciones tutorizadas El residente realiza sus actividades ante la presencia del docente.
- 3.El residente realiza la atención al paciente, sin la necesidad expresa de la supervisión directa del adjunto, al que puede consultar. El residente ejecuta y posteriormente informa. Solicita supervisión en el momento en que lo considera necesario.

Todo residente, independientemente de su experiencia o año de residencia, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los adjuntos de guardia, quienes, dada su condición de facultativos de un Hospital Docente, debe prestársela.

Residente 1er año

Los **R1** deben tener como objetivos docentes de la actividad en el Servicio de Urgencias, **siempre bajo la supervisión de presencia física** del FEA de Urgencias:

- Realizar una correcta Historia Clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo. Sistematización por órganos, identificación clara del motivo de consulta, reconocer antecedentes personales y familiares, escribir los cursos clínicos y epicrisis. Exploración física sistematizada por órganos y sistemas.
- Emitir juicios clínicos de presunción. Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos. Adquirir agilidad en la evaluación de los enfermos con procesos patológicos agudos.
- Durante el primer año de residencia **NO** deben solicitar pruebas complementarias, iniciar un tratamiento, dar un alta o ingresar un paciente. Debe ir siendo capaz de interpretar pruebas complementarias (HG, BQ, analítica de orina, Rx de tórax, Rx de abdomen, Ekg.). Los R1 **NO** están autorizados a solicitar la valoración de un paciente por parte de un especialista ni a solicitar a los pacientes exploraciones radiológicas como ECOs o TACs.
- Inicio en punciones como paracentesis, artrocentesis...
- Manejo inicial de Insuficiencia Cardíaca, descompensaciones de pacientes respiratorios, descompensación de Diabetes Mellitus...
- Identificar y saber orientar las principales patologías neurológicas.
- Identificar y saber orientar la Insuficiencia Renal.
- Al finalizar el primer año de residencia deberán ser capaces de valorar los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.
- Informar al paciente y familiares a su llegada, transmitiendo una primera impresión y comentando brevemente lo que se va a hacer y un tiempo aproximado de la estancia del enfermo en Urgencias, así como en el momento de alta o ingreso que decida el adjunto.
- Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes junto al adjunto.

El R1 tiene Nivel 1 de responsabilidad.

Resulta conveniente establecer un sistema que permita racionalizar la supervisión del residente de primer año en función de su capacidad para resolver problemas, que generalmente se establece de la siguiente manera:

RESIDENTES PRIMER AÑO

- **Siempre con supervisión de presencia física *participarán*** en la asistencia a pacientes en consultas de urgencias realizando anamnesis, exploración física, petición y valoración de pruebas complementarias de primer nivel (Hemograma, Bioquímica, Orina, ECG, Rx básica).
- **Supervisión siempre de presencia física** por los profesionales que presten servicio en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de formación continuada.
- Los mencionados **especialistas visarán siempre** por escrito al residente las altas, bajas y demás **documentos** relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La **supervisión** de residentes de **primer año** será de **presencia física**; las altas, bajas y demás documentos en que intervenga el R1 debe ser siempre visado y firmado por el adjunto.

El Residente de primer año contará con la supervisión de presencia física del tutor responsable de la guardia, no pudiendo tomar ninguna decisión de forma autónoma.

Cumplimentar protocolos, documentos, pruebas que lo requieran, partes, pero todo ello con supervisión de presencia física del adjunto y visado del FEA del Servicio de Urgencias.

Los residentes de primer año NO están autorizados a realizar recetas ni podrán firmar partes de lesiones.

No elaborará ningún documento ni valorará ningún paciente sin que el tutor esté presente y de su aprobación por escrito, con su firma. Por tanto, el residente debe estar supervisado físicamente en todas sus actuaciones por un adjunto del Servicio de Urgencias, tal y como se especifica en el RD 183/2008, 8 de febrero, artículo 15.

El residente acompañará al médico de guardia en la atención a los pacientes que acudan, realizando la anamnesis y la exploración bajo la supervisión de presencia física del adjunto, el residente las podrá realizar siempre que el adjunto determine que no existe riesgo para el paciente.

Luego, los MIR de primer año deberán tener siempre una supervisión especial, siendo de presencia física, por parte de los responsables de la guardia, que visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan.

Se deberá hacer especial hincapié en la enseñanza de la elaboración de la Historia Clínica de Urgencias, en el enfoque general del paciente y en el conocimiento de la sistemática habitual de funcionamiento del Servicio.

Durante el primer año de residencia, el residente debe estar físicamente supervisado en todas sus actuaciones por el adjunto de guardia designado tal y como se especifica en el RD 183/2008 , de 8 de febrero, artículo 15, en su punto tercero, que señala que “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 entro 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”.

Residentes mayores

El grado de autonomía del residente en las guardias de Urgencias será progresiva, pudiendo llegar a ser autónomo en el cuarto año, siempre que los facultativos responsables de la guardia así lo consideren, lo acepten y estén presentes.

En cualquier caso, sobre todo, siempre que se trate de un problema importante, el residente mantendrá informado al adjunto de guardia de sus actuaciones.

El residente atenderá a los pacientes que acudan, realizando anamnesis y exploración bajo la supervisión correspondiente del adjunto, entendiéndose ésta como disponibilidad en todo momento del adjunto para resolver las dudas que se le puedan plantear al residente, confirmar diagnósticos, medidas a seguir, etc

A criterio del adjunto, el residente podrá realizar diferentes técnicas y exploraciones, siempre que éstas no impliquen riesgo para el paciente y el adjunto considere que el residente tiene los conocimientos y habilidades necesarios para su realización.

El residente propondrá y discutirá con el adjunto de guardia la solicitud de pruebas complementarias, la instauración o modificación de tratamientos, el posible ingreso y las posibles altas.

Es decir, la supervisión podrá ser, a criterio del tutor, normalmente, mediante **intervenciones tutorizadas** para **R2** (el residente realiza sus actividades ante la presencia del docente) y, en general, posteriormente en el transcurso del **R3** podrá realizar **intervención directa** no necesariamente supervisada directamente por el adjunto, siempre a criterio del docente (se obtiene información a posteriori o por otras vías).

En el caso del **R4** ya no será necesario el visado por escrito de los docentes, a criterio del tutor, y podrán solicitar valoración de los pacientes por parte de los especialistas tanto de presencia física como localizados y se podrá realizar petición de ECOs y TACs, previa consulta con el facultativo de urgencias.

*** Residente de segundo y tercer año;**

La responsabilidad de los Médicos Residentes será progresiva, por lo que la supervisión será decreciente, de acuerdo a su capacidad, ritmo de aprendizaje, conocimiento y habilidades.

Los residentes de **segundo y tercer año**, siempre a criterio del adjunto y bajo su supervisión, además de las actividades propias de los residentes de primer año tendrán como objetivos:

- Anamnesis básica y exploración física deben estar adquiridas. Deben consolidarse. Las técnicas diagnósticas y terapéuticas básicas deben consolidarse y aun deben estar supervisadas.
- Las actividades instrumentales así como la firma de documentos deben estar supervisados pero puede firmar un documento solo.
- Valorar a los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias (Clasificación o "triage").
- Decidir sobre el destino del paciente y decidir la necesidad de valoración del enfermo por otro especialista (cardiólogo, anestesista y otras especialidades), siempre con el visto bueno del adjunto.
- Gestionar de manera autónoma pero supervisada, toda la documentación clínica necesaria (solicitud de pruebas diagnósticas, partes judiciales y otros informes) , en modelo papel o informático, así como la indicación del tratamiento.
- Firmar las altas, consultando con el adjunto , tutor o colaborador docente de los pacientes a su cargo.

- En la atención a pacientes críticos o inestables, así como en la realización de pruebas diagnósticas invasivas como paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis.... el residente debe informar previamente al adjunto, quien decide el nivel de supervisión.
- Consultarán con el adjunto en todas las circunstancias que considere oportuno, por cualquier duda, conflictos con especialistas o con la familia, etc.
- En situaciones especiales con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez siempre se pondrá en conocimiento del adjunto de guardia de urgencias o especialidades.

Los residentes de **segundo y tercer año** han adquirido ya una serie de competencias que le van a permitir cierta autonomía en la atención de los pacientes.

La supervisión se lleva a cabo por los adjuntos de la unidad y el resto de profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos de la Urgencia.

Los adjuntos de urgencias deberán estar en todo momento localizados y a disposición de estos residentes y firmarán y atenderán conjuntamente al paciente en el momento en que el residente lo requiera.

Por tanto, se atenderá a los usuarios de forma escalonada, viéndolos primero el residente (siempre que no se trate de un paciente crítico o una emergencia, en cuyo caso lo atenderá directamente el adjunto) y en el momento en que éste lo requiera también el docente y con el fin de aclarar o confirmar juicios clínicos y/o la conducta a seguir.

Entonces:

- Por lo general durante su **segundo año** tendrá un Nivel 2 de responsabilidad *(El residente realiza la atención del paciente bajo la tutorización/ supervisión directa del adjunto)* y la práctica totalidad de las actuaciones estarán tuteladas. Se informará al residente de su nivel de responsabilidad. El residente 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. Es decir, la supervisión será para el residente de segundo año **mediante intervenciones tutorizadas**, a criterio del tutor (el residente realiza sus actividades ante la presencia del docente).

- En general, **posteriormente, mediante intervención directa**, mientras transcurre el **tercer año** de residencia, no necesariamente supervisada directamente por el adjunto, siempre a criterio del docente *(se obtiene información a posteriori o por otras vías)*.

Ya no será necesario el visado por escrito de los docentes, podrán solicitar la valoración de los pacientes por parte de los especialistas (de guardia de presencia y localizados) y solicitar Ecografías y TACs, todo siempre previa consulta con el facultativo de urgencias.

El residente propondrá y discutirá con el FEA de guardia la solicitud de pruebas complementarias, la instauración o modificación de tratamientos, el posible ingreso y las posibles altas.

*** Residente de cuarto año; Nivel de Responsabilidad: 3**

(El residente realiza la atención al paciente, sin la necesidad expresa de la supervisión directa del adjunto, al que puede consultar. El residente ejecuta y posteriormente informa. Solicita supervisión cuando lo considera necesario)

Para los residentes de **cuarto año**, prácticamente ninguna actividad estará tutelada. Debe progresar perfeccionando habilidades y asumiendo mayor nivel de responsabilidad, siempre a criterio del adjunto y bajo su supervisión, además de las actividades propias de los residentes de primer y segundo/ tercer año, deben:

- Ayudar a los médicos adjuntos del servicio a llevar el control de la Urgencia, y en las funciones de reanimación y situaciones en las que se vean involucrados enfermos críticos.
- Consolidar conceptos expuestos pudiendo realizar de forma autónoma la valoración de la gravedad del paciente y la mayoría de las habilidades expuestas en los apartados anteriores.
- En situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez lo pondrá en conocimiento del FEA de Urgencias, responsable de Urgencias o Jefe de la guardia.

En su última etapa, el residente deberá poder asumir la total atención del paciente urgente tanto en su valoración, diagnóstico y tratamiento, indicación de pruebas complementarias, interconsultas, altas, etc... Debe tener un dominio de la práctica asistencial urgente de forma prácticamente autónoma. Casi ninguna actividad estará ya tutelada directamente.

En su última etapa el residente debe poder asumir el Nivel 3 de responsabilidad.

El objetivo docente de este último año es el manejo de la práctica totalidad de la atención de pacientes de urgencias, incluye la valoración de la gravedad, anamnesis y exploración física completa, indicación de pruebas complementarias, indicación de tratamiento y medidas terapéuticas, así como el destino final de los pacientes.

El médico residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un médico titulado, teniendo derecho a recibir docencia y supervisión.

Su deber será prestar una labor asistencial, aunque siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al FEA del Servicio de Urgencias.

El grado de autonomía del residente en las guardias de Urgencias será progresivo, pudiendo llegar a ser completamente autónomo en el **cuarto año**, siempre que los facultativos responsables presentes en la guardia así lo consideren y lo acepten.

Suelen intervenir ya de manera directa, a criterio del tutor, y , siendo habitualmente la supervisión, si es requerida, a posteriori, sabiendo que, siempre pueden estar en contacto con el docente para aclaraciones o toma de decisiones que puedan surgir. En casos especiales o bien en situaciones en las que el residente solicite la supervisión directa, el adjunto lo acompañará y la asistencia se realizará de forma conjunta.

En cualquier caso el residente mantendrá informado al FEA de guardia de sus actuaciones.

El residente puede estar en contacto con el docente para las aclaraciones o toma de decisiones que puedan surgir. En casos especiales o bien en situaciones en las que el residente solicite la supervisión directa del profesional, éste lo acompañará, realizando la asistencia de forma conjunta.

Si fuera necesario, al inicio de la guardia, el residente y los FEA responsables de la misma acordarán el papel del residente, el grado de supervisión y la manera más adecuada de llevarla a cabo.

“Todo residente, independientemente de su año de residencia o de su experiencia, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los adjuntos de guardia, quienes, dada su condición de facultativos ligados a un Hospital docente, tienen la obligación de prestársela.”

6. AUSENCIAS JUSTIFICADAS E INJUSTIFICADAS A LA GUARDIA

Los residentes tienen la obligación de comunicar a sus responsables la ausencia al trabajo. Enviarán un justificante o baja laboral al departamento de Personal.

Si el residente enferma en horario laboral lo comunicará a la Unidad Docente, al responsable del servicio por donde rote y al responsable de Urgencias si tenía previsto realizar guardia.

Si enferma finalizada la jornada laboral, o en fin de semana o festivo lo comunicará al responsable del servicio donde tuviera que realizar la guardia y a la Unidad Docente en la primera jornada hábil.

La ausencia injustificada a una guardia es una falta grave y por tanto el infractor puede ser sancionado. La realización de la guardia es responsabilidad única del residente asignado según la plantilla. 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 por parte del residente. En todo caso, el residente informará de la ausencia a su tutor, al representante de residentes, al Jefe de Estudios y al Servicio correspondiente.

La ausencia a la guardia siempre debe ser justificada y comunicada.

La guardia se intentará cubrir primero de forma voluntaria, y, solo tras haber agotado los recursos, en el caso de Guardias de Urgencias del Hospital, quedará solo un residente ese día en la guardia, con carácter excepcional tras el visto bueno de la Dirección, siendo informado del hecho el S. Urgencias. Durante la ausencia, en caso de que la ausencia se deba a una baja prolongada, el mes en curso se podrá cubrir con guardias extra por parte de los otros residentes.

7. ASIGNACIÓN DE GUARDIAS DE URGENCIAS HOSPITAL

Para una adecuada planificación de las guardias la Unidad Docente y los residentes realizan, junto al tutor hospitalario, una programación de guardias.

Posteriormente si hay algún cambio, debe ser solicitado y comunicado a la Unidad Docente con el mayor tiempo de antelación posible para reestructurar el calendario.

El calendario se entrega por escrito al Coordinador, que en este caso es Jefe de la Unidad de Urgencias y/o tutor de residentes que lo hace llegar a los FEA responsables de la guardia.

8. DIRECCIÓN-GERENCIA Y VÍAS DE DIFUSIÓN

El documento se ha difundido a través de la Comisión de Docencia de AFyC, por correo electrónico a responsables de formación de Centros de Salud y otros dispositivos asociados, a los Jefes de Servicio, a los colaboradores docentes de Centros de Salud Rural, a tutores, residentes. Además se incluye su presentación en la Acogida al presentar la página Web de Área.

Este Protocolo se ha enviado a la Dirección-Gerencia de Área sin que se haya realizado ninguna sugerencia o modificación.

9. SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE ESTE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

El seguimiento del cumplimiento de estas normas se llevarán a cabo por los representantes de los implicados (residentes, tutores, tutor hospitalario, Dirección-Gerencia, responsables de la Unidad Docente y Jefe de estudios de AFyC, Comisión de AFyC....)

Este documento está sujeto al proceso de mejora continua de la calidad.
Agradecemos todos los comentarios, sugerencias y aportaciones que se quieran realizar.