

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIDAD DOCENTE DE PLASENCIA

Elaborado por UDM- AFyC Plasencia
Aprobado por Comisión de Docencia
1ª revisión; Octubre 2014
2ª revisión; Enero 2015
3ª revisión; Mayo 2015
4ª revisión; Julio 2015
5ª revisión; Marzo 2016
6º revisión; Julio 2016

<u>1. ASPECTOS LEGALES</u>	2
<u>2. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO</u>	3
<u>3. NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y AUTONOMÍA DEL RESIDENTE</u>	3
<u>4. DOCUMENTO DE ORGANIZACIÓN INTERNA</u>	5
<u>5. SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE</u>	6
A) Generalidades y Cronograma	6
B) En Centro de Salud.....	7
C) Es servicios hospitalarios y otros dispositivos	10
D) Guardias	11
6. AUSENCIAS JUSTIFICADAS E INJUSTIFICADAS A LA GUARDIA.....	14
7. DOCUMENTO CONSENSUADO CON DIRECCIÓN-GERENCIA Y DIFUSIÓN.....	14
8. SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE ESTE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.....	14

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 1º 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”.

2. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

Para la elaboración del protocolo se hizo revisión y reestructuración de los protocolos previos y se aprobó en la Comisión de Docencia .

Este Protocolo se elaboró teniendo en cuenta la opinión y colaboración de los miembros de la Comisión de Docencia de Atención Familiar y Comunitaria. Los miembros del grupo de trabajo revisaron independientemente la documentación técnica e interaccionaron a través del correo electrónico, posteriormente se aprobaría en Comisión el protocolo definitivo.

Esta supervisión se realizará en todos los dispositivos por los que tiene que rotar el residente de Enfermería Familiar y Comunitaria a lo largo de sus dos años de formación, independientemente del ámbito en el que estén incluidos los dispositivos.

El enfermero tutor será el encargado de velar porque el programa de formación de la Especialidad se cumpla, así como de resolver los posibles problemas que puedan ir surgiendo.

3. NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y AUTONOMÍA 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. Se consideran tres niveles de autonomía vinculados a los niveles de responsabilidad.

Desde el punto de vista didáctico hablamos de autonomía cuando nos referimos al grado de independencia con el que el residente ha de ser capaz de realizar un determinado acto al final de un periodo formativo y hablamos de responsabilidad cuando nos referimos al grado de supervisión con el que el residente realiza las actividades durante este mismo periodo.

Definimos tres “Niveles de Responsabilidad” / Supervisión

Nivel 1: El residente **observa la actuación del adjunto** que es quien realiza 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 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 y las actividades siempre bajo la **supervisión directa o intervención tutorizada** del tutor.

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 las actividades y la atención al paciente, **sin la necesidad de 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, teniendo a su disposición en cualquier caso la posibilidad de consultar al tutor.

En cada periodo de formación el residente realizará un mínimo de actividades que le permitan asumir con eficacia y seguridad los distintos apartados del proceso clínico. No obstante, no puede ni debe asumir responsabilidades que estén por encima de sus capacidades, por ello se ha de considerar el nivel de responsabilidad exigible en cada caso.

Tal y como especifica el RD 183/2008, la **supervisión** del residente de **primer año** debe ser de **presencia física**, por lo tanto, no podrá definirse para él un nivel de responsabilidad 3 en ninguna de las rotaciones.

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

EIR 1* Nivel 1

EIR 2** Nivel 2 - 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, Puntos de Atención Continuada de Plasencia o PAC...) , situaciones éstas que

serán sometidas a valoración por la Subcomisión de Enfermería y la Comisión de Docencia de AFyC.

La Unidad Docente no se responsabiliza de los cambios de guardia de los que no se haya informado.

El número de guardias en el mes, de acuerdo con lo preestablecido, y realizando sobre la generalidad las excepciones justificadas correspondientes, en cuyo caso se harán las adaptaciones , serán:

EIR 1 y **EIR 2** harán 3-4 guardias al mes. Las guardias se realizan en uno de los PAC de Plasencia. Las EIR 2 hacen guardias en UME-Plasencia (6 al año).

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.

Normalmente van a realizar 2 guardias al mes de 16,5 horas en PAC de Plasencia, respetando el periodo vacacional; preferentemente una guardia al mes será de 24 horas; aunque también tienen contemplada la “guardia corta” en el P.A.C. de Plasencia si existe un beneficio docente tras el visto bueno de la Unidad Docente, con el correspondiente descanso posterior.

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

En las guardias de 16,5 horas el horario es de 15.30 horas a 8 horas. El horario de la guardia corta del PAC de fin de semana o festivo es de 8 a 20 horas.

Los calendarios de guardia se establecen el mes anterior y se hacen llegar vía mail a los residentes; posteriormente hay reunión de todos los residentes de AFyC para poner las guardias.

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 forma prioritaria con su tutor principal. Si algún tutor no hace guardias o no está disponible, sus residentes harán las guardias con otro tutor de cualquiera de los Centros de salud acreditados, y si no hubiera disponibilidad, con un colaborador docente de uno de los Centros de Salud acreditados o adscritos para la docencia. Los colaboradores docentes están nombrados en Comisión de Docencia.

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 de los protocolos previos, por lo que se establece el presente Protocolo de Supervisión.

Tal y como especifica el RD 183/2008, la supervisión del residente de **primer año debe ser de presencia física** .

El residente está siempre supervisado físicamente y **no** puede firmar solo documentos.

Los tutores visarán por escrito los documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La supervisión de residentes de primer año será siempre 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.

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 por los que tiene que rotar el residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en sus dos años de formación, independientemente del ámbito en el que estén incluidos los dispositivos:

- Atención Primaria (Centro de Salud o consultorio rural).
- Dispositivos asociados (UME, Equipo de Salud Mental, Servicios centrales de Farmacia, Salud Pública, COPF, Paliativos, Centro Socio Sanitario, etc) y Servicios Hospital.
- Unidades de Urgencias (P.A.C.)

El tutor será el encargado de velar porque el programa de formación de la especialidad se cumpla, así como de resolver los posibles problemas que puedan ir surgiendo.

Tomando como referencia lo anterior con respecto al residente de enfermería y en relación a la autonomía y supervisión, de forma general se puede recoger el Protocolo de Supervisión en este cuadro:

PRIMER AÑO		
ACTIVIDAD	NIVEL DE AUTONOMÍA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD*
Atención Primaria/Dispositivos	1	1
Atención Hospitalaria	1	1
Urgencias Hospital (Rotación)	1	1
Urgencias (Guardias C. Salud)	1	1
SEGUNDO AÑO		
ACTIVIDAD	NIVEL DE AUTONOMÍA	NIVEL DE RESPONSABILIDAD*
Atención Primaria/Dispositivos	2-3	2-3
Atención Hospitalaria	2-3	2-3
Urgencias (Guardias C. Salud)	2-3	2-3

***SUPERVISIÓN SEGÚN NIVEL DE RESPONSABILIDAD:**

1. Supervisión de presencia física (R1)
2. Las actuaciones estarán tuteladas . La supervisión podrá ser normalmente mediante intervenciones tutorizadas. El residente realiza sus actividades ante la presencia del docente. (R2 primera etapa)
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 (R2 segunda etapa)

B) ROTACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD/ CONSULTORIO

El periodo de rotación en Atención Primaria bajo la supervisión del tutor/ colaborador tiene como objetivo habilitar al enfermero residente en el desempeño de todas las funciones propias de un enfermero de Atención familiar y comunitaria.

Dicho proceso está basado en la asunción progresiva de responsabilidades en la consulta.

Enfermero residente de 1er año

Nivel de Responsabilidad: Nivel 1

Durante esta primera rotación el enfermero tomará contacto con la Atención Primaria y el abordaje integral del paciente así como con las técnicas de enfermería, según marcan los objetivos del POE. Tendrá un Nivel 1 de responsabilidad.

Nivel de Supervisión

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 u 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.

En la consulta, el residente de primer año podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a la valoración, siempre bajo la **supervisión de presencia física** de su tutor. El residente podrá proponer y discutir con su tutor la modificación del plan de cuidados de enfermería.

En las urgencias que se produzcan durante la jornada ordinaria en el Centro de Salud, el residente acompañará a su tutor en su atención, pudiendo realizar la valoración del paciente bajo la supervisión de presencia física de su tutor, siempre a criterio del tutor y sin que implique riesgo para el paciente y proponer y discutir con éste los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados elaborado.

En lo que respecta a las visitas domiciliarias, el residente acudirá a las mismas acompañando a su tutor. Nunca acudirá solo a un domicilio. Durante la visita, el residente actuará de forma similar a como hace en la consulta.

Enfermero residente 2º año

Nivel de Responsabilidad 2-3

En el segundo año se alcanzará de forma progresiva una responsabilidad máxima, de forma que, al finalizar la etapa inicial, el residente podrá asumir de forma autónoma la totalidad de la consulta de Enfermería, con la presencia del tutor.

El residente va adquiriendo responsabilidades, de tal forma que cerca de finalizar su segundo año de formación sea capaz de desarrollar de forma autónoma todas y cada una de las tareas propias de un Enfermero de Atención Primaria.

Etapas inicial; Nivel de Responsabilidad 2

El primer periodo de contacto del R2, con una duración aproximada de dos o tres meses, tiene marcado como objetivo la familiarización del enfermero residente con el cupo en el que desempeñará su labor durante su último año así como integrarse dentro del funcionamiento global del equipo de atención primaria desde el área administrativa hasta el área de urgencias.

Las actuaciones estarán tuteladas. La supervisión podrá ser normalmente mediante intervenciones tutorizadas. El residente realiza sus actividades ante la presencia del docente con la supervisión directa del mismo.

Segunda etapa; Nivel de responsabilidad: 3

El objetivo de esta etapa es la asunción progresiva de responsabilidades asistenciales del enfermero residente en la consulta de atención primaria.

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.

Para ello, dentro de la jornada semanal, y siempre según la opinión específica del tutor, el R2 se hará cargo en solitario 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. En este periodo se procederá al reparto de la tarea asistencial, a criterio del tutor, con calendario variable condicionado por las actividades docentes y de investigación que lleven a cabo tanto tutor como residente.

Tres días de la semana se mantiene la atención conjunta de la consulta y un día por semana el enfermero residente dedicará su jornada a la dedicación de otras actividades con otros tutores de apoyo.

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 enfermero residente.

Al final de este tiempo, durante al menos cuatro semanas y a criterio del tutor, el residente se hará cargo de la consulta en su totalidad, periodo en que algunos tutores tendrán la opción de efectuar reciclaje (20 días) 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 enfermero residente se le asigna un tutor de supervisión que físicamente se encuentra en el Centro de Salud.

Siempre esta etapa final el residente asume, por tanto un Nivel 3 de responsabilidad.

Nivel de Supervisión

El tutor estará en todo momento localizable para las posibles dudas que le puedan ir surgiendo al residente. En caso de ausencia de su tutor, el residente podrá permanecer con otro tutor (o excepcionalmente un enfermero no acreditado), que asumirá la supervisión del residente durante su ausencia.

Si esta situación se prolongara más de dos días, este hecho será puesto en conocimiento de la Unidad Docente.

En las urgencias que se produzcan durante la jornada ordinaria en el Centro de Salud el residente acompañará a su tutor o a otro enfermero del centro en su atención.

En lo que respecta a las visitas domiciliarias urgentes, el residente podrá acudir a las mismas acompañando a su tutor o a otro enfermero del centro. No acudirá solo al domicilio.

Los residentes de segundo año irán asumiendo progresivamente mayores grados de responsabilidad en la consulta, siempre al ritmo que el tutor considere adecuado, hasta pasar consulta con la presencia de un tutor en el centro de salud, en los últimos meses de residencia.

Tras la última Subcomisión de Enfermería Familiar y Comunitaria (Febrero de 2015), se aprueba que los EIR 2, una vez adquirido el máximo nivel de competencia, y siempre a criterio del tutor, podrán acudir solos a los domicilios programados, aunque preferentemente se realizarán con el tutor, y siempre estará garantizada la supervisión.

C) EN 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 el Nivel de Responsabilidad sea 1 y luego, a criterio del tutor pase a un Nivel de mayor de responsabilidad .

En las rotaciones que el residente de enfermería realice dentro de su plan formativo (obstetricia, educación en DM, Consejería...) siempre actuará bajo la directa supervisión del tutor colaborador adquiriendo la progresiva autonomía en función de la valoración que lleven a cabo ambos implicados.

Residentes de primer año

El residente de primer año permanecerá siempre junto al colaborador docente en todas las actividades asistenciales. La supervisión será de **presencia física**.

El residente trata de integrarse en las actividades que normalmente se desarrollan en el servicio. Se hace especial hincapié en las fases de valoración, diagnóstico de enfermería y diseño del plan de cuidados.

El residente de primer año podrá realizar la historia clínica del paciente, procediendo a su valoración, siempre bajo la supervisión de presencia física de su colaborador.

El residente podrá proponer y discutir con su tutor la modificación del plan de cuidados de enfermería.

En caso de ausencia del colaborador asignado, el residente permanece con otro profesional del servicio o dispositivo designado por el responsable de docencia de ese servicio.

Residentes de segundo año

El residente trata de integrarse en las actividades que normalmente desarrollan en el servicio. Se hace especial hincapié en las fases de valoración, diagnóstico de enfermería y diseño del plan de cuidados.

Al principio de cada rotación la supervisión será de presencia física hasta que el residente conozca el funcionamiento del servicio y posteriormente, siempre a criterio del tutor, el residente realice las actividades bajo la supervisión directa del tutor/ colaborador.

Los residentes irán asumiendo progresivamente mayores grados de responsabilidad en las diferentes rotaciones por los servicios al ritmo que el tutor /colaborador lo considere adecuado hasta poder llegar a actuar bajo la directa supervisión del tutor colaborador adquiriendo progresivamente autonomía en función de la valoración que lleven a cabo ambos implicados y que la actividad no suponga riesgo para el paciente.

En todo caso, llegado este momento, el tutor estará localizable para las posibles dudas que le puedan ir surgiendo al residente.

En caso de ausencia del colaborador asignado, el residente permanece con otro profesional del servicio o dispositivo designado por el responsable de docencia de ese servicio.

D) DURANTE LAS GUARDIAS

Los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria realizan la mayoría de sus guardias en el **P.A.C.** de Plasencia (Plasencia I, Plasencia II o Plasencia III). Además las EIR de segundo año hacen guardias en **U.M.E.**

Los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria realizan una **rotación** específica de un mes en el **Servicio de Urgencias Hospitalario**, en el primer año de residencia, un mes preferentemente en los primeros meses tras su incorporación y quince días al final del primer año de residencia, pero durante este tiempo siguen realizando sus guardias en el PAC.

Los residentes de nuestra Unidad Docente en la actualidad no realizan guardias en el Servicio de Urgencias del Hospital.

En caso de ausencia del colaborador asignado, el residente permanece con otro profesional del servicio o dispositivo designado por el responsable de docencia de ese servicio.

Residentes primer año

Nivel 1 de Responsabilidad.

La supervisión del residente del primer año siempre será de presencia física.

El residente de primer año contará siempre con la presencia física del tutor responsable de la guardia, no pudiendo tomar ninguna decisión de forma autónoma. Realizará las tareas ante su tutor (supervisión de presencia física) siempre.

El residente está siempre supervisado físicamente y **no** puede firmar solo documentos. Los tutores visarán por escrito los documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Durante las guardias tanto de Atención Primaria en el Centro de Salud y transporte sanitario el EIR de primer año acompañará al enfermero de guardia en la atención a los pacientes que acudan al Centro, primero observando y luego realizando la valoración y la exploración siempre bajo la supervisión de presencia física del profesional responsable, siempre que éstas no impliquen riesgo para el paciente; y, siempre a criterio del tutor, el residente podrá ir realizando gradualmente dichas actividades con su presencia física, siempre que éstas no impliquen riesgo para el paciente.

El tutor deberá visar todas las actividades que el EIR lleve a cabo.

El residente propondrá y discutirá con el enfermero de guardia la planificación de cuidados, realización de pruebas complementarias y la instauración o modificación del Plan de Cuidados de Enfermería.

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 sólo con uno. En aquellos en que haya más de uno de guardia, el residente podrá acudir 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 o acudirá solo a los avisos domiciliarios.

En la atención a los avisos domiciliarios, el residente actuará de forma similar a como hace en el Centro de Salud.

Los EIR de esta Unidad Docente en la actualidad no realizan guardias en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Puerto.

Residentes de segundo año

El grado de autonomía del residente mayor en las guardias de Atención Primaria será progresivo, pudiendo llegar a ser completamente autónomo en el segundo año (Nivel Responsabilidad 3), siempre que el tutor y el profesional responsable de la guardia así lo consideren y acepten. En cualquier caso, cuando se trate de un problema importante, el residente siempre mantendrá informado al enfermero de guardia de sus actuaciones.

El residente debe ir pasando progresivamente del nivel de responsabilidad 2 (bajo supervisión directa del tutor) en la primera etapa, al nivel 3 en la segunda etapa (realizar actividades sin necesidad de una supervisión directa, ejecutando e informando posteriormente. Solicita supervisión en el momento en que lo considera necesario.)

En el Centro de Salud el residente de 2º año en su última etapa asumirá de forma progresiva la atención de los pacientes de forma autónoma, siempre a criterio del tutor, contando con la presencia del tutor de la guardia en el Centro de Salud y consultando tan sólo dudas o cuando sea preciso tomar la decisión de derivación del paciente a otro nivel o en cualquier caso que lo necesite. El residente ejecuta y posteriormente informa.

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, ya sean tutores o no, dada su condición de profesionales ligados a un centro de salud docente, tienen la obligación de prestársela.

En las guardias de UME 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 de presencia física del docente), siempre que dichas intervenciones no impliquen riesgo para el paciente.

En caso de ausencia del colaborador asignado, el residente permanece con otro profesional del servicio o dispositivo designado por el responsable de docencia de ese servicio.

Independientemente del año de formación...

La labor de supervisión será llevada a cabo por los distintos tutores y colaboradores docentes. Al inicio de cada guardia el residente tendrá asignado un tutor o colaborador docente responsable de su supervisión en dicha guardia. De igual modo, los docentes conocerán la identidad de los residentes 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 no los realizarán solos.

Cuando realicen dicha asistencia, deberán ir adecuadamente identificados y con equipación y vestimenta apropiados.

El residente generalmente deberá mantener informado al paciente y/o su familia de la orientación diagnóstica y su evolución en el tiempo de seguimiento que, en cada caso, se realice a los pacientes durante su paso por el PAC, pudiendo solicitar ayuda o asesoramiento para tal fin al docente cuando lo crea necesario, especialmente ante la comunicación de malas noticias o cuando se trate de situaciones de especial complejidad o dificultad.

Solicitarán la ayuda del tutor o colaborador docente de guardia siempre que lo considere necesario (ante manejo de un paciente que les resulte difícil,

empeoramiento clínico, situaciones legales y sociales complicadas de manejar, llegar al límite de sus posibilidades....), sea cual sea el momento de la guardia en que se presente la situación.

El residente atenderá a cualquier paciente sin seleccionar a los enfermos, exceptuando las emergencias y paciente críticos, donde la asistencia será efectuada por el tutor / colaborador docente de guardia y el residente, siempre a criterio del tutor.

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.

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 otros residentes.

7. DOCUMENTO CONSENSUADO CON DIRECCIÓN-GERENCIA Y 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.

8. 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, Subcomisión de Enfermería y Comisión de AFyC....)

La evaluación y modificación en su caso, de este protocolo, deberá hacerse de forma consensuada en el momento que, a requerimiento de cualquiera de las partes implicadas se considere oportuno.

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