**Protocolo de Supervisión de las actividades asistenciales de los residentes en la UGC URGENCIAS**

**1. Objetivo del documento y normativa.**

El presente documento de actuación tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

Se entiende que a lo largo del período de residencia, se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente.

La Comisión de Docencia del H.U.V. Macarena ha elaborado este protocolo en cumplimiento del artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 y su posterior actualización con el D62/2018 de 6 de Marzo que regula los aspectos formativos del sistema de formación sanitaria especializada. Dicho artículo indica que: “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”.

Tal y como se indica además en el citado Artículo 15.5 del RD 183/2008, su reciente actualización con el D62/2018 y el Plan de gestión de la Calidad Docente del HUVM, una vez aprobado, el protocolo es elevado a los órganos de Dirección del Centro para que el Jefe de Estudios de Formación Especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

**2. Ámbito de aplicación**

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVM), y que realizan guardias en la Unidad de Gestión Sanitaria (UGS) de Urgencias. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que, habiendo obtenido plaza en una Unidad Docente de otra Área Hospitalaria, se encuentren realizando su actividad profesional, en rotación debidamente autorizada, en nuestra Área.

**3. Supervisión de las actividades asistenciales.**

**A. Generalidades.**

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

* Nivel 1. Responsabilidad máxima/Supervisión a demanda. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.
* Nivel 2. Responsabilidad media/Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.
* Nivel 3. Responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un 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.

Asimismo, se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Si bien se establecen niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada periodo formativo, es evidente que los conocimientos y las habilidades del residente progresan con el paso del tiempo.

Los objetivos docentes que deben adquirir los residentes en la actividad desarrollada en la UGC de Urgencias serán:

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

**B. Descripción de la U.G.S. de Urgencias.**

En la actualidad, y siguiendo las directrices del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias a través del Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias de Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía elaborado desde junio de 2014 hasta la actualidad, la organización asistencial de la UGS de Urgencias se lleva a cabo a través de diferentes circuitos en función de las patologías que presenten los pacientes, así como de la gravedad detectada a través de las consultas de triaje. Dicha clasificación nos determina los siguientes niveles de gravedad:

1. P1: Emergencia Inmediata
2. P2: Urgencia (atención en < 15 minutos)
3. P3: Urgencia demorable (atención en< 60 minutos)
4. P4-P5: Urgencia “banal” (atención en < 120 minutos)

Existen 2 áreas de consultas diferenciadas por el tipo de patología del paciente (consultas de urgencias generales y consultas de traumatología), y dentro de estas, diferenciadas por el nivel de gravedad. Se dispone además de un área de observación que cuenta con 46 camas y 12 sillones.

CONSULTAS

M. INTERNA

P2

P3

P4-P5

**P1**

U. RECUPERACIÓN

Emergencias/críticos

CONSULTAS

TRAUMATOLOGIA

P2

P3

P4-P5

**PUERTA**

SALA ESPERA

Trauma

M. Interna

**ESPERA FAMILIARES**

**ADMISION - SIU**

**OBSERVACIÓN**

Trauma

M. Interna

La distribución diaria de los residentes durante el periodo de guardias es la siguiente:

* **Residentes de 1º año:**

Los residentes de primer año realizan guardias en consultas de urgencias generales, consultas de traumatología general y observación. Diariamente cubren 4 huecos en urgencias generales, 2 huecos en traumatología y 1 hueco en observación de la siguiente manera:

* Alergia, Anatomía Patológica, Cardiología, Aparato Digestivo, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Neurofisiología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Psiquiatría: **Sólo realizan guardias de urgencias generales y observación.**
* Anestesia, Cirugía General, Dermatología, UCI, Medicina Nuclear, Medicina de Familia, Rehabilitación, Reumatología, Urología y Radiología: **realizan guardias de Urgencias Generales, Observación y Traumatología.**
* Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Traumatología, y Cirugía Cardiovascular: s**ólo realizan guardias de Traumatología.**

Los EIR de MFyC realizan 4 guardias en la UGS de Urgencias. Los residentes que durante su primer año de formación puedan realizar guardias de su especialidad (según su programa formativo), realizarán 1 guardia al mes en su especialidad (Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Cirugía General, Dermatología, Traumatología, Urología, Cirugía Cardiovascular, Anestesia, Cardiología, Hematología, UCI y Nefrología), o dos o tres tardes (Radiología, Anatomía Patológica), prevaleciendo las guardias de urgencias sobre las de especialidad a la hora de la planificación de las mismas.

Los residentes de las especialidades de Radiología, Anatomía Patológica, Microbiología, Bioquímica y Análisis Clínicos realizaran guardias en la puerta de urgencias durante los primeros seis meses (de junio a diciembre).

* **Residentes de 2º año:**

Los residentes de segundo año realizan guardias en consultas de Urgencias Generales, consultas de Traumatología. Diariamente cubren 3 huecos en Urgencias Generales y 2 huecos en Traumatología:

* Alergia, Cardiología, Aparato Digestivo, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Oncología Médica y Oncología Radioterápica: **sólo realizan guardias de urgencias generales.**
* Anestesia, Medicina Nuclear, Cirugía General, Urología, UCI, Medicina de Familia y Reumatología: **realizan guardias de Urgencias Generales y Traumatología.**
* Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Dermatología, Traumatología, Rehabilitación y Cirugía Cardiovascular: s**ólo realizan guardias de Traumatología.**

Los residentes de segundo año que realizan guardias de especialidad, podrán realizar hasta un máximo de 2 guardias al mes en Urgencias (Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Cirugía General, Dermatología, Traumatología, Urología, Cirugía Cardiovascular, Anestesia, Cardiología, Hematología, UCI y Nefrología). Las guardias de Urgencias prevalecen sobre las de especialidad a la hora de su planificación. Los residentes de 3º y 4º año de Rehabilitación realizan sus guardias en la puerta de Traumatología. Los residentes de MFyC realizan 4 guardias al mes en el servicio de Urgencias. Los residentes de Oncología Radioterápica realizan 4 guardias al mes en urgencias al realizar tardes es su servicio

Los residentes de 2º año durante su rotatorio específico por la UCI realizarán 3 guardias en dicho servicio, y el resto en puerta de Urgencias Generales y/o Trauma.

* **Residentes de 3º año:**

Los residentes de tercer año realizan guardias en consultas de Urgencias Generales y Observación. Diariamente cubren 1 hueco en Urgencias Generales y 2-3 huecos en Observación:

* Alergia, Aparato Digestivo, Endocrinología, Medicina Interna, Neumología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Medicina de Familia y Reumatología

Los residentes de 3º y 4º año de MFyC realizan guardias en el servicio de Urgencias. Durante el primer semestre de R3 realizan 4 guardias en urgencias, y durante el segundo semestre de R3 y durante el año de R4 sólo 1. Los residentes de Oncología Radioterápica realizan 4 guardias al mes en urgencias al realizar tardes es su servicio.

Los residentes de 3º año durante su rotatorio específico por la UCI realizarán 3 guardias en dicho servicio, y el resto en consultas de Urgencias Generales y Observación.

La distribución genérica en las diferentes consultas en función de la gravedad, y la supervisión de los diferentes EIR se detallan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **URGENCIAS GENERALES** (laborables) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | C4-5 | C7 | C8 | | C10 | | C11 | C14 | C16 | | C17 | | C19 | |
| Prioridad | P4-P5 | P2 | | | | P3 | | | | | | | | |
| Mañana | Adj | Adj | Adj | | Adj+R1 | | Adj+R1 | Adj+R1 | Adj+R1 | | Adj+R1 | | Adj+R1 | |
| Tarde | Adj | Adj | | Adj | | 2 Adj | | | | Adj | | Adj | | |
|  |  |  | | R3+R1 | | R2+R1 | R2+R1 | R2+R1 | |  | |  | |
| Noche\* |  | Adj | | Adj | | 2 Adj | | | |  | |  | | |
|  |  | | R3+R1 | | R2+R1 | R2+R1 | R2+R1 | |
| \* Ladistribución es la misma durante los sábados domingos y festivos | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **URGENCIAS TRAUMATOLOGÍA** | | | | | | |
|  | C26 | C27 | C28 | | C30 | |
| Mañana | Adj | Adj | Adj | | Adj | |
| Tardes-Noches\* | R2 | R1 | R2 | | R1 | |
| Adj | | | Adj | | |
| \* Ladistribución es la misma durante los sábados domingos y festivos | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBSERVACIÓN DE URGENCIAS** | | | | | | |
| Mañana | 1 adj por cada Box, y 2 en sillones | | | | | |
| Tardes-Noches\* | R3 | R3 | | R3 | R1 | |
| Adj | | Adj | | | |
| \* Ladistribución es la misma durante los sábados domingos y festivos | | | | | |  |

Dicha distribución por consultas puede ser modificable en función de las necesidades del servicio o de la situación diaria de la guardia, pero manteniendo el mismo grado de supervisión por parte de los adjuntos de urgencias.

**C. Actividades de carácter ordinario.**

Durante el primer año de residencia, los EIR realizan una rotación específica de dos meses por el servicio de Urgencias. Habitualmente, los niveles de responsabilidad y la necesidad de supervisión inherentes a las actividades asistenciales que deben realizar los residentes en el aprendizaje de su especialidad están definidos en los programas formativos que para cada especialidad elabora su correspondiente Comisión Nacional.

**Residentes de primer año.**

Como norma general, para los residentes de primer año se consideran los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad clínica** | **Nivel de responsabilidad** |
| Anamnesis y exploración física | 1 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas básicas \* | 1 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas especiales \*\* | 2 ó 3\*\*\*\* |
| Indicación/validación de tratamiento farmacológico | 2\*\*\* |
| Realización/informe de procedimientos | 1, 2 ó 3\*\*\*\* |
| Información a paciente/familiares | 1 |
| Decisión de alta hospitalaria | 2\*\*\* |

\* Analítica y radiología simple / Electrocardiograma

\*\* Radiología compleja (Ecografía, TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones

\*\*\* Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.

\*\*\*\* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento. El nivel 1 sólo será aplicable a procedimientos de muy baja complejidad.

**Residentes de segundo año o sucesivos.**

Los E.I.R. de Medicina Familiar y Comunitaria, durante su periodo formativo, pueden realizar una rotación específica por el área de críticos de la UGC de Urgencias. Para dichos residentes de segundo año o sucesivos se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad clínica** | **Nivel de responsabilidad** |
| Anamnesis y exploración física | 1 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas | 1 |
| Indicación/validación de tratamiento farmacológico | 1 |
| Realización/informe de procedimientos | 1, 2 ó 3\* |
| Información a paciente/familiares | 1 |
| Decisión de alta hospitalaria | 2 |

\* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

**D. Actividades de guardia/Atención continuada.**

**Normas generales de supervisión**.

• La supervisión durante el primer año de la residencia deberá ser necesariamente de presencia física, a cargo de un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente.

• La supervisión en años sucesivos de residencia será preferentemente de presencia física.

• Cuando se trate de una supervisión localizada, el Servicio o Unidad Docente correspondiente, deberá elaborar por escrito un plan de formación para preparar a los residentes previamente al inicio de este tipo de actividad de guardia. Dichos planes deberán ser aprobados por la Comisión de Docencia y la Dirección.

• Los documentos generados por los residentes de primer año serán visados por escrito por un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente.

• Tal y como se deriva de los puntos anteriores, la supervisión de los residentes de primer año nunca podrá depender de forma exclusiva de un residente mayor.

**Niveles de responsabilidad y graduación de la supervisión**

**Residentes de primer año.**

Como norma general, para los residentes de **primer año** se consideran los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad clínica** | **Nivel de responsabilidad** |
| Anamnesis y exploración física | 1 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas básicas \* | 1 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas especiales \*\* | 2 ó 3\*\*\*\* |
| Indicación/validación de tratamiento farmacológico | 2\*\*\* |
| Realización/informe de procedimientos | 1, 2 ó 3\*\*\*\* |
| Información a paciente/familiares | 1 |
| Decisión de alta hospitalaria | 2\*\*\* |

\* Analítica y radiología simple / Electrocardiograma

\*\* Radiología compleja (Ecografía, TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones

\*\*\* Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.

\*\*\*\* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento. El nivel 1 sólo será aplicable a procedimientos de muy baja complejidad.

**Residentes de segundo año o sucesivos.**

Para los residentes de **segundo año o sucesivos** se consideran los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad clínica** | **Nivel de responsabilidad** |
| Anamnesis y exploración física | 1 |
| Solicitud de pruebas diagnósticas | 1 |
| Indicación/validación de tratamiento farmacológico | 1 |
| Realización/informe de procedimientos | 1, 2 ó 3\* |
| Información a paciente/familiares | 1 |
| Decisión de alta hospitalaria | 2 |

El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

**E. Relación entre habilidades y responsabilidad con el año de residencia.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Habilidades** | **Nivel de responsabilidad** | | | |  |
|  | **R1** | **R2** | **R3** | **R4** | |
| Presentarse e informar al paciente y a familiares | 1-2 | 1 | 1 | 1 | |
| Comunicación de malas noticias | 3 | 2 | 1 | 1 | |
| Realización correcta de una historia clínica, orientación global del paciente identificando el motivo actual de consulta y valoración global del grado de gravedad | 2-3 | 1 | 1 | 1 | |
| Realización de forma sistemática la exploración física general así como la exploración física específica según la orientación clínica | 1-2 | 1 | 1 | 1 | |
| Solicitud e interpretación correcta de la analítica básica en la atención del paciente urgente | 1-2 | 1 | 1 | 1 | |
| Indicación e interpretación correctas de la radiología simple de tórax y abdomen y/o otras localizaciones | 2 | 1-2 | 1 | 1 | |
| Indicación e interpretación correcta del electrocardiograma de 12 derivaciones, especialmente los que indican gravedad (infarto miocardio, arritmias malignas, etc.) | 1-2 | 1 | 1 | 1 | |
| Solicitud de interconsulta con otros especialistas | 3 | 1-2 | 1 | 1 | |
| Iniciación en punciones arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar y artrocentesis | 3 | 2-3 | 1 | 1 | |
| Sondaje vesical y nasogástrico | 3 | 2 | 1-2 | 1 | |
| Conocimiento y utilización de monitores y sistemas de monitorización | 2-3 | 2 | 1 | 1 | |
| Iniciación a la terapéutica en urgencias: sueroterapia, nebulizaciones, oxigenoterapia y la indicación de los principales fármacos utilizados en el Área de Urgencias | 2-3 | 1-2 | 1 | 1 | |
| Aplicación correcta de los tratamientos antibióticos según protocolos del centro | 1-2 | 1 | 1 | 1 | |
| Iniciación de la valoración y tratamiento del paciente politraumatizado (no crítico y crítico) | 2-3 | 1-2 | 1 | 1 | |
| Reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada | 2-3 | 1-2 | 1 | 1 | |
| Aplicación de ventilación mecánica no invasiva | 3 | 2-3 | 1-2 | 1 | |
| Reconocer-manejar al paciente con sepsis y shock séptico. | 3 | 2-3 | 1-2 | 1 | |
| Aprender la valoración básica de la patología quirúrgica general y de las diferentes especialidades quirúrgicas | 2-3 | 1-2 | 1 | 1 | |
| Iniciación en suturas básicas así como técnicas de anestesia local | 2-3 | 2 | 1 | 1 | |
| Iniciación /perfeccionamiento en las técnicas de vendaje, férulas de yeso o metálicas así como de curas | 2-3 | 1-2 | 1-2 | 1 | |
| Tener conocimientos de ecografía de urgencias | 2-3 | 2-3 | 1-2 | 1-2 | |
| Realizar un informe de alta o ingreso hospitalario | 2-3 | 1 | 1 | 1 | |
| Decidir el tratamiento y la estrategia específica del paciente | 3 | 1-2 | 1 | 1 | |
| Toma de decisión del destino del paciente: alta o ingreso | 3 | 1-2 | 1 | 1 | |