

**PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS  
INTERNOS RESIDENTES EN URGENCIAS GENERALES DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE**



Elaboración: Coordinación de Urgencias y Comisión de Docencia

Fecha de aprobación Comisión de Docencia: 26 de noviembre de 2018



Fdo.: Dr. Agustín Blanco Echevarría  
Jefe de Estudios  
Presidente Comisión de Docencia



Fdo.: Dra. Carmen Martínez de Pancorbo González  
Directora Gerente

**ÍNDICE**

1. Introducción y marco normativo	Página 3
2 Objetivos docentes en el área médica del Servicio de Urgencias	Página 5
3 Descripción breve de la estructura y organización del S. U.	Página 6
4. Principios de supervisión	Página 8
5. Competencias, responsabilidades y supervisión de los residentes	Página 9
6. Período de transición de año de residencia	Página 14
7. Tareas y responsabilidades del Médico Residente	Página 15
8. Tareas y responsabilidades del Médico Adjunto	Página 16
9. Organización durante las guardias	Página 17
10. Evaluación del protocolo de supervisión	Página 19

## 1. Introducción y marco normativo

El paso de los médicos residentes por el Servicio de Urgencias constituye uno de los grandes pilares de su proceso formativo debido al amplio volumen de pacientes atendidos, a la diversidad de las patologías y a las circunstancias inherentes a la atención médica urgente.

El sistema de formación sanitaria especializada prevé la prestación profesional de servicios por parte de los médicos residentes como base estructural de su formación. Este sistema formativo implica la necesidad de supervisión efectiva de los residentes, que deberá ser decreciente a medida que se avanza en la adquisición de competencias prevista en el programa y congruente con una asunción progresiva de responsabilidades.

El objetivo principal del presente protocolo es garantizar la seguridad de los pacientes atendidos por médicos residentes en el Servicio de Urgencias, sentando las bases de un sistema organizativo de su actividad que permita, al mismo tiempo, el aprendizaje y progresión formativa de estos facultativos. Son otros objetivos del documento dotar de contenido docente a la actividad en urgencias estableciendo los objetivos y competencias transversales a adquirir por los médicos residentes y asegurar un apropiado funcionamiento del Servicio de Urgencias a lo largo de toda la jornada.

Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el Plan Funcional 2016-2019 del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre que en la definición y diseño del modelo de atención ha tenido en cuenta los requerimientos para garantizar una adecuada formación y supervisión de los médicos internos residentes. El Plan Funcional establece un incremento progresivo de efectivos de presencia física, para cuyo dimensionamiento se han incluido criterios formativos y docentes. La distribución final de puestos de médicos adjuntos de Urgencias descrita en el Plan Funcional 2016-2019 del Servicio de Urgencias es la siguiente:

	Mañana	Tarde	Noche
<i>Laborables</i>	14	10	5
<i>Festivos</i>	9	9	5

El marco normativo que regula el contenido del presente protocolo es:

- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-17498>
- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el

derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200)

- Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-15347>

- Programas formativos de Especialidades en Ciencias de la Salud.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>

## **2. Objetivos docentes en el área médica del Servicio de Urgencias**

- Conocer el diseño y organización de la atención urgente en sus diferentes niveles de prioridad. Ser capaz de clasificar y derivar a los pacientes a las diferentes áreas en función de su gravedad tras una valoración inicial.
- Realizar una anamnesis detallada y dirigida al cuadro clínico del paciente que consulta por patología urgente. Realizar una exploración física completa. Identificación precoz de los signos y síntomas sugestivos de patologías graves o potencialmente graves.
- Elegir la mejor estrategia diagnóstica para el paciente con patología urgente, teniendo en cuenta la propia seguridad del paciente y el uso racional de los recursos disponibles. Interpretar las pruebas complementarias solicitadas.
- Indicar y realizar técnicas invasivas de punción de cavidades corporales y canalización de accesos venosos con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Adquirir progresivamente responsabilidad en la prescripción de medidas terapéuticas iniciales y definitivas de los pacientes atendidos en las distintas áreas del Servicio de Urgencias.
- Indicar la correcta derivación y participación de diversos especialistas en el proceso de atención al paciente con patología urgente.
- Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos y en la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas.
- Adquirir confianza en el manejo del paciente con patología grave y en la atención inicial y estabilización del paciente crítico.
- Informar al paciente y sus familiares del proceso asistencial, aprendiendo a abordar escenarios complejos como la transmisión de malas noticias, el manejo de situaciones conflictivas y la gestión del consentimiento informado.
- Garantizar el cumplimiento de los objetivos docentes con respecto a la formación en urgencias previstos en los programas de las especialidades que realizan rotaciones y/o guardias en el Servicio de Urgencias.

### 3. Descripción breve de la estructura y organización del Servicio de Urgencias

- **Área de Encamados:** Se atiende a pacientes que, por la gravedad de la patología que presentan o por su condición previa, precisan mantenerse encamados (niveles de prioridad según el triaje Manchester: 1-5). Engloba un total de 34 puestos asistenciales.

Organización asistencial y docente:

*Jornada ordinaria:* 4-5 médicos adjuntos son los encargados de las labores asistenciales y docentes del área. El número y año de residencia de médicos residentes varía en función de la organización de las rotaciones, desempeñando su labor asistencial en equipo con un médico adjunto y siempre bajo su supervisión (adecuada al año de residencia y a las capacidades del residente).

*Jornada de atención continuada:* Dos médicos adjuntos son los encargados de las labores asistenciales y docentes del área. Para la distribución de los residentes, los puestos asistenciales se dividen en tres zonas funcionales: dos zonas con 13 puestos y una con 8 puestos. Dos equipos, formados cada uno de ellos por un R4/5 y dos R1, se encargan de la asistencia de las zonas de mayor tamaño y un equipo formado por un R3 y dos R1 se encarga de la asistencia de la zona restante.

- **Área de ambulantes:** Engloba una zona de boxes de exploración y 8 sillones atendiendo al nivel de movilidad de los pacientes. Los pacientes atendidos en esta zona pueden presentar niveles de prioridad según el triaje Manchester 2 y 3.

Organización asistencial y docente:

*Jornada ordinaria:* 5 médicos adjuntos son los encargados de las labores asistenciales y docentes del área. Podrá haber o no residentes en esta zona en función de la organización de las rotaciones, desempeñando su labor asistencial en equipo con un médico adjunto y siempre bajo su supervisión (adecuada al año de residencia y a las capacidades del residente).

*Jornada de atención continuada:* En el área de ambulantes estarán asignados en horario de tarde 7 residentes (dos R1, 3 R2, 1 R3 y 1R4/R5) que formarán equipos de trabajo con 5 médicos adjuntos y siempre bajo su supervisión (adecuada al año de residencia y a las capacidades del residente). En horario nocturno, fines de semana y festivos la supervisión de los residentes estará a cargo de 2 médicos adjuntos responsables de este área, que realizarán una labor asistencial y docente.

- **Área de consultas:** Supone un área de atención secuencial a pacientes con niveles de prioridad según el triaje Manchester 4-5.

Organización asistencial y docente:

*Jornada ordinaria:* Estará atendida por un médico adjunto. Podrá haber o no residente en esta zona en función de la organización de las rotaciones, desempeñando su actividad bajo una supervisión adecuada al año de residencia y a sus capacidades.

*Jornada de atención continuada:* Atendida por un residente de segundo año que desempeñará su actividad bajo supervisión a demanda por un adjunto de referencia que podrá estar ubicado en el Área de Consultas o Ambulantes en horario de tarde. En horario nocturno, los fines de semana y festivos la supervisión estará a cargo del médico adjunto de guardia situado en el

área de ambulantes durante toda la jornada. El médico adjunto contactará con el residente situado en consultas de forma programada a lo largo de la jornada para comprobar si precisa ayuda en la toma de decisiones clínicas.

- **Área de observación:** En esta área se encuentran pacientes estables que esperan a ser reevaluados con vistas a decidir si serán dados de alta o ingresarán en el hospital. Tiene una dotación variable de puestos asistenciales en función de las necesidades del centro.

Organización asistencial y docente:

*Jornada ordinaria:* Atendida por un número variable de adjuntos (2-4) en función del número de puestos asistenciales.

*Jornada de atención continuada:* los días laborables las incidencias relativas a los pacientes de esta área estarán cubiertas por el residente mayor (R3/4/5) situado en el área de ambulantes, que estará localizable mediante un teléfono corporativo (61131). Durante el fin de semana y festivos los pacientes serán reevaluados en horario diurno por un médico adjunto y un residente de tercer año que desempeñará su actividad bajo supervisión a demanda. En horario nocturno, las incidencias estarán cubiertas por este R3 que se ubicará en el Área de Encamados y estará localizable mediante un teléfono corporativo (interfono 61131). El residente estará supervisado a demanda por el adjunto responsable del área donde se encuentra.

- **Área de Pacientes con Trauma:** dispone de cuatro boxes de exploración, cuatro boxes para pacientes encamados, dos salas de curas, dos salas de yesos y un box de estabilización.

Organización asistencial y docente:

*Jornada ordinaria:* Atendida por un médico adjunto que será el encargado de la labor asistencial y docente de toda el área. La cantidad de médicos residentes varía en función de la organización de las rotaciones, desempeñando su labor asistencial en equipo con el adjunto y siempre bajo su supervisión (adecuada al año de residencia y a las capacidades de cada residente).

*Jornada de atención continuada:* Entre cuatro y cinco residentes realizarán guardia en el área de pacientes con trauma, bajo la supervisión durante toda la jornada de un médico adjunto destinado a esta área específica.

\* La organización de las labores asistenciales y de supervisión descritas en este protocolo podrán verse modificadas a lo largo de la jornada (ordinaria y de atención continuada) según el mejor criterio de los médicos adjuntos de Urgencias para asegurar en todo momento la seguridad de los pacientes y la supervisión de los médicos residentes en las diferentes áreas.

#### 4. Principios de supervisión

Durante la formación del residente, éste debe adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para la atención del paciente con patología urgente. La formación implica la asunción progresiva de responsabilidades durante su actividad en el Servicio de Urgencias. Este nivel de responsabilidad supone, de forma paralela, un nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de conocimientos y habilidades hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los médicos adjuntos de Urgencias, que visarán por escrito las altas y documentos asistenciales en los que intervengan los residentes de primer año. A partir del segundo año la supervisión tendrá un carácter decreciente progresivo que se valorará de forma individualizada en función del año de residencia y de las habilidades adquiridas. Según vayan avanzando en madurez, los residentes de los últimos años colaborarán con los médicos adjuntos en la docencia y formación de los médicos residentes con menor experiencia y de los alumnos universitarios.

Los médicos residentes deben atender las indicaciones de los médicos adjuntos del Servicio y plantearles cuantas cuestiones se susciten, pudiendo recurrir a ellos y consultarles cuando lo consideren necesario.

Las actividades desempeñadas por los médicos residentes deben acompañarse de un grado de responsabilidad creciente y supervisión decreciente. Así pues, podemos distinguir 3 niveles:

- **Nivel 3:** responsabilidad mínima/supervisión máxima. El médico residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por el personal facultativo de Urgencias, y observadas/asistidas en su ejecución por el médico residente.
- **Nivel 2:** responsabilidad media/supervisión directa. El médico residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal facultativo de Urgencias.
- **Nivel 1:** responsabilidad máxima/supervisión mínima. Las habilidades permiten al médico residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de supervisión directa. El residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

El paso de un nivel a otro con responsabilidad mayor, tendrá carácter progresivo y no dependerá en exclusiva del año de residencia, excepto para el médico residente de primer año. Se valorará de forma conjunta con las habilidades adquiridas y demostradas, y se realizará manera individual.



## 5. Competencias, responsabilidades y supervisión de los residentes

### Médicos Residentes de primer año

Realizarán su labor asistencial en el Área de Encamados y Ambulantes bajo la supervisión directa y de presencia física de los médicos facultativos de Urgencias y con el apoyo de un médico residente mayor (R3-R4-R5), al que consultarán y con el que acordarán sus actuaciones y decisiones. Las competencias del R1 con el nivel de responsabilidad correspondiente serán:

Competencias	Nivel de responsabilidad/ Supervisión
Realizar una correcta historia clínica incluyendo exploración completa del paciente y valoración inicial de la situación global del mismo.	Nivel 3-2
Elaborar un diagnóstico diferencial y emitir un juicio clínico de presunción.	Nivel 3-2
Establecer un plan diagnóstico – terapéutico en el ámbito de la atención urgente: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Solicitud de pruebas complementarias.</li> <li>b. Valorar las necesidades de tratamiento inmediato en función de la gravedad del caso.</li> </ul>	Nivel 3-2
Informar al paciente y familiares durante el proceso de atención en el Servicio de Urgencias, acompañado por el médico residente mayor y/o médico adjunto de Urgencias en sus primeras guardias y siempre si la situación lo requiere. La información se centrará en la impresión inicial, valoración de la gravedad, pruebas que se hayan realizado, tiempo aproximado de estancia y plan decidido por el facultativo responsable (alta, observación, ingreso).	Nivel 3-2
Cumplimentar adecuadamente los documentos habituales (informes clínicos, protocolos, consentimiento informado).	Nivel 3-2
Realizar técnicas y habilidades básicas en urgencias siguiendo la curva de aprendizaje desde la simple observación. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toracocentesis/paracentesis/artrocentesis/punción lumbar</li> <li>- Accesos venosos/gasometría / analítica</li> <li>- Realización de ECG</li> </ul>	Nivel 3-2
Realizar una correcta lectura de pruebas básicas en Urgencias (radiología, electrocardiograma) así como realizar una correcta interpretación de los resultados de las pruebas complementarias de laboratorio.	Nivel 3-2
Realizar comentarios de evolución en aquellos pacientes que lo precisen con supervisión directa del médico adjunto responsable.	Nivel 3-2

Asistir en el pase de guardia al médico residente mayor con el que ha realizado la guardia, para aportar la información necesaria sobre los pacientes atendidos.	Nivel 3-2
Manejar la historia clínica electrónica.	Nivel 3-2

### Médicos Residentes de segundo año

Realizarán su labor asistencial y docente en el Área de Ambulantes y Consultas. Siempre que se precise, las actuaciones y decisiones se acordarán con los médicos residentes mayores y el médico adjunto de referencia del Área de Ambulantes. Las competencias del R2 con el nivel de responsabilidad correspondiente serán:

<b>Competencias</b>	<b>Nivel de responsabilidad/ supervisión</b>
Realizar una correcta historia clínica y completa exploración del paciente, haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo.	Nivel 2-1
Emitir un diagnóstico de presunción y un diagnóstico diferencial sindrómico.	Nivel 2-1
Solicitar las pruebas complementarias necesarias y la interpretación de las mismas.	Nivel 2-1
Solicitar interconsulta a otros especialistas según los criterios establecidos.	Nivel 2-1
Establecer un juicio clínico, tratamiento y destino final del paciente: a) durante su actividad en Consultas b) durante su actividad en Ambulantes	Nivel 2-1 Nivel 2-1
Informar al paciente y familiares durante el proceso de atención en el Servicio de Urgencias, y en el momento del alta/ingreso/observación.	Nivel 2-1
Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes a su cargo, así como del plan previsto.	Nivel 2-1
Cumplimentar adecuadamente los documentos habituales (alta voluntaria, protocolos, consentimiento informado, parte de lesiones...).	Nivel 2-1

### Médicos Residentes de tercer año

Las competencias de los médicos residentes de tercer año con el nivel de responsabilidad correspondiente, según cada una de las diferentes áreas en las que deben desarrollar su actividad, se indican a continuación:

#### A) Área de Ambulantes

Organizará la actividad asistencial de forma conjunta con los médicos adjuntos responsables del área así como los turnos de comida y descanso del equipo de médicos residentes de guardia. Consultará en cualquier momento de la guardia todo aquello que precise con el médico residente mayor y los médicos adjuntos de Urgencias responsables de esa área.

<b>Competencias</b>	<b>Nivel de responsabilidad/ supervisión</b>
Valorar de forma global los pacientes priorizando la asistencia de los mismos en función de la gravedad.	Nivel 2-1
Decidir el tratamiento y destino de los pacientes a su cargo. En el caso de ingreso hospitalario, será el médico adjunto de Urgencias el responsable de realizar la orden de ingreso.	Nivel 2-1
Distribuir los pacientes entre los distintos médicos residentes que realizan la guardia atendiendo a su prioridad o a la evolución de los ya valorados inicialmente.	Nivel 2-1
Modificar la ubicación de los pacientes si la patología que presenta así lo requiere según los circuitos establecidos y supervisar este cambio con los pacientes a cargo de los médicos residentes de segundo año.	Nivel 2-1
Orientar y asesorar a los médicos residentes menores cuando éstos lo demanden, colaborando en la asistencia y formación.	Nivel 2-1

#### B) Área de Encamados

Asumirá la asistencia de los pacientes junto con dos residentes de primer año y tendrán asignados dos médicos adjuntos de Urgencias de los que dependerá directamente durante toda la guardia. Organizará de forma conjunta con los médicos adjuntos responsables del área y residentes de cuarto y quinto año los turnos de comida y descanso del equipo de médicos residentes de guardia. Consultará en cualquier momento de la guardia todo aquello que precise con el médico residente mayor y los médicos adjuntos de Urgencias responsables de esa área.

<b>Competencias</b>	<b>Nivel de responsabilidad/ supervisión</b>
Valorar de forma global los pacientes priorizando la asistencia de los mismos en función de la gravedad.	Nivel 2-1
Decidir el tratamiento y destino de los pacientes a su cargo. En el caso de ingreso hospitalario, será el médico adjunto de Urgencias el responsable de realizar la orden de ingreso.	Nivel 2-1
Participar en la formación de los médicos residentes de primer año con los que tendrá una labor asistencial y docente, aunque siempre el responsable de la supervisión de presencia física del R1 es el médico adjunto de Urgencias. Ha de realizar de forma conjunta la valoración del paciente, revisar y corregir las historias clínicas, dirigir y supervisar la realización de pruebas complementarias (toracocentesis, paracentesis, punción lumbar...), haciendo partícipe al médico residente de primer año en la toma de decisiones.	Nivel 2-1
Asistir, bajo la supervisión del médico adjunto responsable, en las funciones de reanimación y valoración inicial del paciente crítico.	Nivel 3-2
Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes a su cargo, así como del plan previsto.	Nivel 1
Informar a paciente y familia sobre la situación clínica del paciente y el plan de actuación previsto.	Nivel 1

### C) Área de Observación

El fin de semana y los días festivos se ubicará inicialmente en la primera planta de Observación. El médico residente valorará como máximo un tercio de los pacientes que se encuentren en observación a cargo de Urgencias y estará con un médico adjunto de Urgencias al que podrá consultar en cualquier momento. Posteriormente, continuará su labor asistencial en el Área de Encamados.

<b>Competencias</b>	<b>Nivel de responsabilidad/ supervisión</b>
Revisar la historia clínica, pruebas complementarias realizadas, tratamiento prescrito y evolución desde su llegada a Urgencias.	Nivel 1
Realizar una valoración global del paciente y registro de evolución.	Nivel 1

Decidir el destino del paciente (alta/observación/ingreso).	Nivel 2-1
Instaurar o modificar el tratamiento del paciente si es preciso.	Nivel 2-1
Informar a paciente y familia sobre la situación clínica del paciente y el plan de actuación previsto.	Nivel 1

#### Médicos Residentes de cuarto y quinto año

##### A) Área de Encamados

Realizarán su labor asistencial y docente en el Área de Encamados, bajo la supervisión del médico adjunto de Urgencias, y tendrá en su equipo 2 médicos residentes de primer año.

##### B) Área de Ambulantes

Organizará la actividad asistencial de forma conjunta con los médicos adjuntos responsables del área así como los turnos de comida y descanso del equipo de médicos residentes de guardia. Consultará en cualquier momento de la guardia todo aquello que precise con los médicos adjuntos de Urgencias responsables del área.

<b>Competencias</b>	<b>Nivel de responsabilidad/ supervisión</b>
Valorar de forma global al paciente priorizando la asistencia de los mismos en función de la gravedad del paciente.	Nivel 1
Decidir el tratamiento y destino de los pacientes a su cargo.	Nivel 1
Participar en la formación de los médicos residentes de primer año con una labor asistencial y docente, aunque siempre el responsable de la supervisión de presencia física del R1 es el médico adjunto. Ha de realizar de forma conjunta la valoración del paciente, revisar y corregir las historias clínicas, dirigir y supervisar la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.	Nivel 1
Asistir, bajo la supervisión del médico adjunto responsable, en las funciones de reanimación y valoración inicial del paciente crítico.	Nivel 2-1
Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes a su cargo, así como del plan previsto.	Nivel 1

## **6. Período de transición de año de residencia**

### Transición del año de residencia R1-R2

Con el objetivo de facilitar de forma progresiva el conocimiento y la organización que supone cambiar de año de residencia y evitar la inseguridad del “primer día” para todos los médicos residentes en su nuevo puesto, se ha programado un periodo de transición que abarca los últimos meses del primer año de residencia. De esta forma, se disminuirá el número de médicos residentes de primer año en el Área de Encamados y aumentará el número de médicos residentes de primer año en el Área de Ambulantes, para así favorecer la realización de un mayor número de guardias en su nuevo puesto antes de comenzar oficialmente su segundo año de residencia.

Durante este periodo de transición los niveles de responsabilidad y supervisión serán los mismos que los especificados para el R1.

### Transición del año de residencia R2-R3

Con el objetivo de facilitar de forma progresiva el conocimiento y la organización que supone cambiar de año de residencia y evitar la inseguridad del “primer día” para todos los residentes en su nuevo puesto, se ha programado un periodo de transición que abarca los últimos meses del segundo año de residencia. Uno de los residentes de segundo año realizará su guardia en el Área de Encamados con supervisión directa del médico adjunto y del médico residente mayor (R4-R5), por lo que todos los médicos residentes de segundo año habrán experimentado la realización de 2-3 guardias en su nuevo puesto antes de comenzar oficialmente su tercer año de residencia.

Durante este periodo de transición los niveles de responsabilidad y supervisión serán los mismos que los especificados para R2.

## **7. Tareas y responsabilidades del Médico Residente**

Los médicos residentes que presten asistencia en el Servicio de Urgencias tendrán como tareas y responsabilidades:

- Asumir las indicaciones de los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias.
- Asistir puntualmente a las guardias que tengan programadas.
- Atender a los pacientes ingresados y a los que acudan al Servicio de Urgencias durante la guardia, realizando la historia clínica (anamnesis, exploración física), petición e interpretación de pruebas complementarias, prescripción de tratamientos, realización de técnicas instrumentales, elaboración de informes y evolutivos e información a pacientes y familiares, todo ello de acuerdo a con los principios de asunción de responsabilidades y supervisión especificados en este protocolo.
- Realizar y recibir el pase de guardia al inicio y finalización de su jornada, acompañado por un médico adjunto responsable y bajo su supervisión, presentando de forma clara y coherente la historia clínica y evolución de los pacientes a su cargo. Al término de la guardia, los médicos residentes serán responsables de realizar un evolutivo final en el que se establezca un juicio clínico preliminar y un plan de actuación con el paciente.
- Consultar a los residentes mayores (R3/R4/R5), a los médicos adjuntos o a los especialistas las dudas que les surjan en la valoración de los pacientes.
- Seguir los protocolos asistenciales del Hospital y el Servicio de Urgencias que se encuentren en vigor.
- Colaborar con los médicos residentes (independientemente del año y de la zona en la que desempeñen su actividad), médicos adjuntos, personal de enfermería, celadores, administrativos y seguridad, en la resolución de los problemas asistenciales que se planteen a lo largo de la jornada. Es decir, trabajo en equipo.
- Asistir a las actividades formativas de carácter obligatorio, programadas por el Servicio de Urgencias.

## **8. Tareas y responsabilidades del Médico Adjunto**

Los adjuntos que presten asistencia en el Servicio de Urgencias tendrán como tareas y responsabilidades:

- Supervisar la actividad de todos los residentes según los términos expresados en el presente protocolo.
- Mantenerse informado en tiempo real por el equipo de médicos residentes de las siguientes situaciones:
  - Pacientes en situación inestable o crítica, que requieran toma urgente de decisiones clínicas, incluidos siempre los que puedan requerir en un momento dado ingreso en UCI.
  - Pacientes que puedan ser tributarios de una actuación quirúrgica emergente y/o de una prueba invasiva emergente.
  - Cualquier situación en la que sea preciso la mediación o interlocución con un médico adjunto de otro servicio, especialmente si existe discrepancia de criterios.
  - Cuando se produzca el fallecimiento de un paciente de forma inesperada.
  - Siempre que no quede aclarada, de forma razonable, la causa de un fallecimiento y se plantee la solicitud de una necropsia.
  - En caso de sospecha diagnóstica de una enfermedad de declaración obligatoria urgente.
  - Cuando se produzca cualquier problema de índole médico-legal que se suscite durante el abordaje de un paciente o un acompañante.
  - Siempre que un residente lo considere necesario para una actuación urgente o para la toma de decisiones clínicas.
- A lo largo de la actividad en el Servicio de Urgencias se debe mantener un adecuado flujo de información entre los médicos residentes y los médicos adjuntos responsables. Esto se garantizará mediante el mutuo conocimiento de los médicos residentes y el staff que forma parte de la guardia, la comunicación de los eventos relevantes durante la misma y la realización de repastos clínicos rápidos de los pacientes en las diferentes áreas de Urgencias.
- Los médicos adjuntos estarán localizados a través de los teléfonos corporativos 61665 y 61675.
- Modificar la composición de los equipos de residentes que desarrollan su actividad en las diferentes áreas asistenciales del Servicio de Urgencias siempre que fuera necesario para poder asegurar la atención y la seguridad de los pacientes. En estos casos, deberá informar justificadamente a la Coordinación de Urgencias.
- Organizar, junto con los residentes mayores de las diferentes áreas asistenciales, los turnos de descanso de todo el equipo de médicos residentes guardia.



## **9. Organización durante las guardias**

### **A. Horario**

La duración de las guardias los días laborables es de 17 horas y sábados, domingos y festivos de 24 horas.

### **B. Equipamiento**

Se deberá acudir a la guardia con la bata y/o el pijama reglamentario proporcionado por el Hospital, y que pueden adquirirse a cualquier hora en las máquinas destinadas a tal fin en la planta -1 de la Residencia General. El médico deberá traer fonendoscopio.

El personal en Urgencias deberá estar debidamente identificado con la tarjeta del Hospital, que llevará en lugar visible en todo momento.

Se debe limitar el uso de dispositivos electrónicos a zonas no asistenciales y solo cuando sea estrictamente necesario.

### **C. Comida**

El comedor de personal se encuentra en la planta 1 del Centro de Actividades Ambulatorias y ofrece comida, cena y desayuno post-guardia para los médicos residentes incluidos en el listado oficial de guardias de ese día. En el comedor se solicitará la tarjeta de empleado para la comprobación electrónica de la guardia. Los días laborables, los médicos residentes deberán haber comido de forma previa a la incorporación de la guardia. Los médicos residentes que estén realizando su rotación en Urgencias y además tengan guardia, dispondrán de una hora de comida previa a la hora de inicio del pase de guardia. Los médicos residentes se dividirán en dos turnos de cena los días laborables y en dos turnos de comida y cena los fines de semana y festivos, previamente acordados con los médicos adjuntos responsables de guardia.

### **D. Descanso**

El período de descanso puede variar dependiendo de la actividad asistencial y se dividirá en turnos. Su hora de inicio y fin, así como los médicos residentes que disfrutan de descanso en cada turno será programada por los médicos residentes mayores y médicos adjuntos de guardia. La zona de descanso para los médicos residentes de guardia del Área de Pacientes con Trauma se encuentra en la misma planta que el Servicio de Urgencias (próximo a la puerta de salida de personal) y para los médicos residentes del área médica se encuentra en el ala norte de la Residencia General. Ambas instalaciones requieren confirmación electrónica con la tarjeta de empleado para permitir su acceso.

Ningún médico residente podrá ausentarse del Servicio de Urgencias sin conocimiento del médico adjunto responsable.

### **E. Cambios de guardia**

Todos los cambios de guardia que se realicen posteriormente a la publicación mensual del listado oficial de guardias deberán registrarse por escrito con suficiente antelación en el documento establecido para tal fin en la Secretaría de Urgencias. Esto es importante para determinar la responsabilidad de cualquier contingencia que pudiera surgir *a posteriori*, así como para el cobro adecuado de la guardia realizada.

### **F. Ausencias justificadas y no justificadas**

Tanto la ausencia injustificada a una guardia como la no comunicación de una ausencia justificada o injustificada pueden suponer una falta grave. El médico residente informará de esta ausencia con la mayor antelación posible a la Coordinación de Urgencias o, en su ausencia, al médico adjunto responsable de la guardia y deberá entregar un parte médico o documento válido que certifique la justificación de la misma. No se consideran justificaciones la programación de vacaciones, cursos, congresos o guardias de otras especialidades, una vez publicado el listado oficial de guardias. Para cubrir estas incidencias el médico residente procurará conseguir sustitutos para las guardias planificadas y, en caso de no encontrarlos, lo comunicará a la Coordinadora de Urgencias que intentará asignar la guardia entre los residentes que tengan disponibilidad y que voluntariamente accedan a ello.

### **G. Incidencias durante la jornada laboral**

Cualquier incidencia que ocurra durante la jornada ordinaria, se comunicará de forma directa a la Coordinación de Urgencias. Cualquier incidencia relevante que ocurra durante la jornada de atención continuada se ha de comunicar siempre al médico adjunto responsable quien decidirá su transmisión a la Coordinación de Urgencias y/o al Jefe de Hospital.

## **10. Evaluación del protocolo de supervisión**

La implantación y el cumplimiento del presente protocolo de supervisión serán evaluados por una comisión de seguimiento, que estará integrada por los miembros del grupo de trabajo de Urgencias de la Comisión de Docencia.

Dicha Comisión evaluará las incidencias derivadas de la implantación del protocolo, recogerá propuestas de modificación del mismo en aras de una mejor supervisión de los médicos residentes, así como para adaptarse en todo momento a los cambios organizativos del Servicio de Urgencias derivados de la implantación progresiva del Plan Funcional 2016-2019. Se prevé, por tanto, la reunión mensual de dicha comisión durante los primeros tres meses desde la aprobación del protocolo y posteriormente se programarán reuniones periódicas, a criterio de la propia comisión.