



**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**



Protocolo de Supervisión Docente Servicio de Urgencias

**Hospital Universitario Ramón y Cajal
Junio 2016**

Constituido grupo de trabajo integrado por:

Dr. Agustín Utrilla López	Director Médico.
Dra. Belén de la Hoz Caballer	Adjunta a la Gerencia. Unidad Gestión del Conocimiento
Dr. Carlos Guillén Astete	Adjunto de Urgencias. Grupo de Docencia
Dra. Cristina Sobrino Grande	Jefe de Residentes.
Dr. Javier Cobo Reinoso	Miembro de la Comisión de Docencia.
Dr. Jesús Corres González	Jefe de estudios.
Dr. José Roberto Penedo Alonso	Coordinador del servicio de Urgencias.
Dr. María Jesús Estévez Rueda	Jefe de Unidad del servicio de Urgencias.
Dr. Miguel Zamorano Serrano	Adjunto de Urgencias. Grupo de Docencia

Se acuerda por unanimidad el protocolo de supervisión docente del servicio de urgencias.

RESUMEN DE NOVEDADES QUE APORTA ESTE PROTOCOLO Y ACUERDOS A ADOPTAR:

1. Se acuerda proponer a la Comisión de Docencia el nombramiento de al menos 4 Tutores/Responsables docentes.
2. Se distribuirán los residentes que realizan actividad en el Servicio de Urgencias entre los tutores/Responsables docentes y colaboradores docentes para su tutorización.
3. Los Tutores/Responsables docentes y colaboradores docentes tendrán el deber de evaluar la actividad y desempeño global de los residentes, tanto en su periodo de rotación como en las JAC (jornadas de atención continuada) que realicen en el Servicio de Urgencias.
4. Los residentes, tutores de cada especialidad, la Unidad de Docencia y los propios adjuntos del Servicio de Urgencias conocerán al tutor/Responsable docente o colaborador docente de referencia para cada residente.
5. La evaluación anual del residente incluirá la evaluación particular del periodo de rotación, si la hubiera, y de la actividad del residente en las JAC, incluyendo la información de las fichas JAC para los R1 y los test teóricos o prácticos que se programen y que quedarán definidos en el apartado de evaluación del Protocolo Docente.
6. En cualquier caso, para proceder a la evaluación de la rotación en Urgencias, acordamos que se debe completar al menos el 75% del tiempo asignado a dicha rotación. En caso contrario, acordamos que no se podrá evaluar dicha rotación. El tutor/Responsable docente o colaborador docente contactará con el tutor de la especialidad del residente para programar actividades o periodos de recuperación.
7. Los adjuntos comunicarán el esquema de distribución de las tareas de supervisión a los residentes en cada JAC, en un lugar visible en cada área, el cual podrá ser modificado si por motivos estructurales/asistenciales, no coincide con la distribución descrita en este protocolo.
8. Los residentes deberán programar las guardias en el SU con al menos un mes de antelación (antes del día 5 de cada mes) y facilitar a la Coordinación de Urgencias un listado y datos de contacto de los equipos responsables de buscar la eventual sustitución de un residente que no haya podido acudir a su puesto de trabajo en la guardia.
9. Los R1 podrán acompañar a los R4/R5 en su actividad en el SU, constanding su participación en los evolutivos de los pacientes valorados. Los informes de los pacientes atendidos en conjunto serán cerrados por los R4/R5.
10. Los Residentes intermedios contarán con la supervisión a demanda del adjunto (de Urgencias o del equipo de especialistas que haya valorado al paciente) en el área de consultas (azules y verdes). Deberán conocer cuál es el adjunto

responsable de su supervisión y cómo localizarlo. Este adjunto se asignará al comienzo de la JAC.

11. Los Residentes intermedios en el área de consultas (azules y verdes) deberán contar con la conformidad de un médico adjunto (de Urgencias o del equipo de especialistas que haya valorado al paciente) para las decisiones de ingreso o derivación a las áreas de Amarillos y Naranjas. Contarán además con una guía de situaciones en las que siempre se deberá consultar antes de decidir un alta. Deberán conocer cuál es el adjunto responsable de su supervisión y cómo localizarlo. Este adjunto se asignará al comienzo de la JAC.
12. Los R4/R5 podrán contar con la supervisión a demanda por los adjuntos. Deberán contar con la conformidad de un médico adjunto para las decisiones de ingreso. Deberán conocer cuál es el adjunto responsable de su supervisión y cómo localizarlo. Contarán además con una guía de situaciones en las que siempre se deberá consultar antes de decidir un alta.
13. Los R4/R5 recuperan su papel de residente mayor con la tutela en el ejercicio de tareas asistenciales de residentes de años inferiores.
14. Los R4/R5 podrán acudir a la sala de emergencias cuando allí se estén atendiendo pacientes, siempre que la presión asistencial y organización de la JAC lo permita.
15. Cuando los R4/R5 acudan a la sala de emergencias, el R1 que acompañaba R4/R5 será supervisado por los adjuntos de guardia. Al regresar, asumirá los pacientes vistos en su ausencia.
16. Los médicos adjuntos deberán conocer los éxitos ocurridos durante la JAC y deberán visar el certificado de defunción de los pacientes atendidos por los R1.
17. Los médicos adjuntos deberán conocer los pacientes inestables, liderar o supervisar directamente las actuaciones que realicen los residentes sobre ellos.
18. Los pases internos de pacientes a las 8.00 horas, 15.00 horas y 22.00 horas precisan la realización de un evolutivo final, establecer un juicio preliminar, justificar la razón por la que el paciente no ha sido dado de alta y el plan de trabajo con el paciente.
19. Se ha confeccionado un **Anexo 1** con las responsabilidades de cada miembro del equipo durante la JAC y la distribución asistencial según el personal existente.
20. Se ha confeccionado un **Anexo 2** con la distribución de la patología más frecuente organizada por áreas así como las situaciones de consulta obligatoria previa al alta.
21. Se ha confeccionado un **Anexo 3** con los mecanismos de evaluación de la rotación y las JAC.
22. El **Anexo 4** contiene la ficha e-JAC.

PROCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN LAS JORNADAS DE ATENCION CONTINUADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

1. INTRODUCCION Y PRINCIPIOS

El presente protocolo ha sido elaborado con el propósito de dar un marco normativo a la actividad que los MIR realizan durante las jornadas de atención continuada (JAC) en el Servicio de Urgencias (SU) de nuestro hospital.

El objetivo de este documento es, en primer lugar, proporcionar a nuestros pacientes la mayor seguridad durante el proceso de atención médica mediante una supervisión efectiva a los médicos residentes. Son otros objetivos de esta norma la de asegurar un apropiado funcionamiento del Servicio a lo largo de toda la jornada utilizando de forma óptima los recursos humanos y logísticos disponibles, brindar a los residentes un área de formación de competencias transversales y garantizar el progreso en sus responsabilidades coherente con las capacidades que ellos demuestren haber adquirido.

La presente norma reconoce en los residentes una vinculación formativa y al mismo tiempo laboral con el Hospital Universitario Ramón y Cajal o con los dispositivos docentes asociados. Ambas vinculaciones son igualmente importantes e irrenunciables. El marco legal sobre el que se elabora el presente protocolo atiende al RD 183/2008.¹

Finalmente, la norma reconoce, propugna y asume como irrenunciable la necesidad de establecer mecanismos que permitan evaluar el progreso de un residente en la adquisición de competencias y destrezas de la misma forma que cualquier otro dispositivo docente del hospital.

2. AMBITO SOBRE EL QUE SE APLICA EL PRESENTE PROCOLO

Con atención a los correspondientes programas formativos de las diferentes especialidades, a la capacidad del SU como cualquier otro dispositivo docente y fundamentalmente a la necesidad de garantizar la seguridad del paciente, el ámbito sobre el que se aplica el presente protocolo se circunscribe a los residentes de todas las especialidades en las que el Servicio de Urgencias conste en su programa formativo de manera explícita.

¹ Real Decreto 183-2008 del 8 de Febrero por el que se determinan y regulan las especialidades en Salud y desarrolla la formación sanitaria especializada. Boletín Oficial Del Estado Nro 45. 21 Febrero 2008. Pág 10020

En las restantes, el SU ofrece dos alternativas docentes a elegir según el criterio de sus correspondientes servicios:

- a. Rotación Convencional. Programada en turno de mañana, de una duración recomendada de 2 a 4 meses, con asignación a un tutor/Responsable docente o colaborador docente y con arreglo a la normativa que rige cualquier rotación. Esta rotación tendrá sus objetivos definidos y consensuados con los tutores de la especialidad que se trate.
- b. Turno Vespertino. El Servicio de Urgencias, cuando sea posible, ofertará a los tutores de los residentes programar una rotación a realizar a lo largo del año en horario de tarde, contando con un mínimo de 22 tardes en un periodo de 3 meses. Esta rotación tendrá sus objetivos definidos y consensuados con los tutores de la especialidad que se trate.

Así mismo, los MIR de especialidades en las que no constan las jornadas de atención continuada (JAC) en el Servicio de Urgencias en su programa formativo, podrán solicitar realizarlas de modo excepcional, bajo solicitud del residente interesado y tutor de la especialidad o Jefe de Servicio con la condición de realizar una media de JAC no inferior a dos mensuales durante un mínimo de un año.

En el supuesto que su correspondiente servicio o tutores de especialidad consideren que dicho periodo pueda ser reducido, se valorará la programación de una rotación en el Servicio de Urgencias con alguna de las dos alternativas antes descritas.

El presente protocolo ofrece la posibilidad de que los residentes no incluidos en el pool de guardias puedan solventar sus necesidades formativas transversales como guardias en otras áreas como medicina interna, cirugía, traumatología, etc., como está estipulado en sus correspondientes programas formativos oficiales.

En el anexo 1 del presente documento se muestra la distribución de responsabilidades de los equipos de guardia.

3. INSTANCIAS DOCENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS

- El máximo responsable de la aplicación del presente protocolo es el Coordinador del Servicio de Urgencias.

- Tutor de Residentes/Responsable docente de Urgencias: es una figura equiparable a la del tutor de la especialidad en el Servicio de Urgencias. Sus funciones se reflejan debidamente en el Real Decreto¹. Se procurará que el número sea suficiente para distribuir la tarea de tutorización de residentes en el SU. Velará por la adquisición progresiva de competencias de los residentes que realicen jornadas de atención continuada, siendo el facultativo de referencia para el residente y el tutor de la especialidad en tanto realice actividades en este Servicio. Será el responsable de la evaluación del residente en el SU para las JAC realizadas a lo largo del año.
- Tutor de Rotación/Colaborador docente: Es el adjunto adjudicado a un residente durante su rotación en el Servicio de Urgencias. Velará por la adquisición progresiva de competencias de dicho residente, siendo ya su adjunto de referencia para todo su periodo formativo y el enlace de este con los tutores/Responsables docentes de urgencias. Será el responsable de la evaluación del residente en dicha rotación.
- Colaborador Docente: se denominan así todos los facultativos que desempeñan funciones asistenciales en el Servicio de Urgencias. Por ser nuestro Hospital un centro docente para la formación sanitaria especializada, los facultativos deben colaborar en la formación de los residentes con los Tutores/Responsables docentes y los tutores. Para ello supervisarán, siguiendo las directrices generales de este protocolo, las actividades realizadas por los residentes en el SU y brindarán información a los responsables docentes para una adecuada evaluación y seguimiento.

4. ESTRUCTURA Y FUNCIONES:

El equipo de guardia en el Servicio de Urgencias realiza jornadas de atención continuada (JAC) a pacientes en turnos de 17 horas los días laborables, de 15h a 8h y de 24 horas los días festivos, de 8h a 8h. Circunstancias excepcionales como las derivadas de la necesidad de profundizar en el traslado del cuidado de un paciente a otro médico pueden retrasar la hora de salida, siempre en atención al objetivo de asegurar la máxima seguridad del paciente.

El equipo de guardia estará formado por médicos adjuntos y médicos residentes de primer a quinto año de residencia.

La asignación de médicos adjuntos será prerrogativa de la Coordinación del SU. La responsabilidad de la toma de decisiones en situaciones emergentes no previstas y resolución de conflictos será patrimonio del adjunto del área de Naranjas (N1) a quien en adelante se le denominará "Jefe de la Guardia del SU".

Corresponde al Servicio de Urgencias la distribución de los residentes de guardia en las diferentes áreas de atención, con arreglo a los siguientes preceptos ordenados jerárquicamente: seguridad del paciente, necesidades

asistenciales y las disposiciones que marca este protocolo. Además se asegurará la adecuada adquisición de competencias en Urgencias Médicas.

El Servicio de Urgencias cuenta con una distribución de espacios diferenciada según el sistema de clasificación o triaje Manchester². Las áreas diferenciadas de atención son:

- Área de Azules y Verdes.
- Área de Amarillos.
- Área de Naranjas.
- Sala de Emergencias.

Los médicos adjuntos asignados realizarán la guardia en presencia física en el Hospital, estando disponibles para la supervisión de los médicos M.I.R, bien de forma directa o a través de medios de comunicación inmediata, como buscas o teléfonos corporativos.

Las funciones de todos los integrantes del equipo que realiza JAC en el Servicio de Urgencias son las siguientes:

- Atención inicial y continuada de los pacientes admitidos en el Servicio de Urgencias hasta su alta, ingreso o derivación a otros servicios del Hospital.
- Ajustar la composición y distribución de los miembros del equipo que realiza la JAC en función de las necesidades demarcadas de forma ordinal por los siguientes preceptos: seguridad del paciente y demanda asistencial.
- Para una adecuada distribución de recursos en la atención a los pacientes en el SU y garantizar los debidos mecanismos de supervisión, este protocolo incluye las siguientes responsabilidades:
 - Para médicos adjuntos: El Servicio de Urgencias facilitará información sobre la distribución de las tareas de supervisión en cada JAC para cada residente y zona de atención, así como los medios de contacto o localización de los adjuntos.
 - Para M.I.R: los residentes deberán presentar una programación de JAC en tiempo y forma (preferentemente con 1 mes de antelación y con codificación universalmente legible) cuya estructura y forma pueda garantizar los siguientes conceptos:

² Advance Life Support Group. UK. The Manchester Triage System. <http://www.alsg.org/uk/MTS>

1. EQUIDAD: Que la distribución de M.I.R por área sea equitativa y proporcional a las JAC que desarrolle por año. Ya que ello garantiza que la formación sea homogénea y protege al paciente.
2. TRANSPARENCIA: Que la distribución lleve una contabilidad visible a los interesados, ya que ello garantiza la equidad.
3. AJUSTE A LA NORMATIVA LABORAL: Que la programación no colisione con los derechos de los M.I.R en relación a sus periodos de baja laboral, permisos por maternidad, permisos por formación, permisos por otras causas, “libranzas de guardia”, días de libre disposición y días de vacaciones reglamentarias. En el mismo sentido, el respeto a la normativa no debe permitir ninguna otra exención a la realización de JAC.
4. Designar un equipo de responsables que se encargue de gestionar la sustitución de aquellos residentes que no hayan podido presentarse en su puesto de trabajo en la JAC debido a una enfermedad personal, familiar o accidente. El equipo de responsables deberá estar correctamente identificado para cada periodo y sus datos de contacto serán facilitados a la coordinación del Servicio de Urgencias. Este equipo contara con la supervisión y apoyo de la Unidad de Docencia del hospital para la realización de sus funciones. Cualquier incidencia relevante será comunicada a la Unidad de Docencia, Jefe de Hospital y Coordinación de Urgencias.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS Y FUNCIONES DEL M.I.R:

Los residentes que realicen guardias en el Servicio de Urgencias tendrán como tareas y funciones:

- Asistir a las JAC a las que haya sido programado según el apartado anterior.
- La atención a pacientes ingresados y que ingresen en el SU durante la jornada de atención continuada, realizando anamnesis, exploración física, petición y realización de técnicas y pruebas complementarias, tratamiento, elaboración del informe de atención, comunicación del estado del paciente al paciente, a familiares autorizados y al resto del equipo de guardia junto a las estrategias diagnósticas y terapéuticas tomadas durante las sesiones de actualización y pases de guardia, todo

ello de acuerdo con los principios y reglas de progresividad en la asunción de responsabilidades y grado de supervisión que se detallan en este protocolo.

- Presentar de forma clara y coherente los informes clínicos de los pacientes que pasa al turno siguiente. Al término del periodo de la JAC los residentes serán responsables de realizar un evolutivo final, establecer un juicio preliminar, justificar la razón por la que el paciente no ha sido dado de alta y el plan de trabajo. Todo ello deberá quedar registrado en la historia clínica electrónica y su registro irá acompañado del apellido del residente que entrega el pase. Así mismo, los informes clínicos de los pacientes recibidos por los residentes al inicio de las JAC, transferidos por adjuntos, se encontrarán debidamente cumplimentados.
- Consultar a los adjuntos, al R4/R5 o a los correspondientes especialistas las dudas que les surjan en la valoración de los pacientes.
- Seguir los protocolos asistenciales del Hospital y el SU que se encuentren en vigor.
- Colaborar con otros residentes de igual año de residencia, superior o inferior, en función de las necesidades de estos y de las capacidades personales de cada uno.
- Asistir a todas las actividades formativas que con carácter obligatorio designe el Servicio de Urgencias programadas con la Unidad de Docencia.
- Asistir a las entrevistas personalizadas que proponga el equipo de responsables docentes, con la opción de ir acompañado por su tutor previa concertación de cita, dependiendo de cuál sea el objetivo de la entrevista.
- Cumplimiento del sistema de evaluación establecido en este protocolo.
- Presentarse en el horario debido a las JAC.

6. DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS Y FUNCIONES DEL ADJUNTO:

- Supervisión de la actividad de todos los residentes según los términos recogidos más adelante en este protocolo y validación de los informes de atención a pacientes y demás documentos médicos (certificados de defunción, partes de lesiones, etc.) generados por los R1.
- Mantenerse informado de la situación del SU (tiempos de espera, número de pacientes pendientes de atención o de ingreso, etc.).
- Responsabilizarse de la adecuada atención de los pacientes inestables del SU.
- Fomentar la trazabilidad de la atención al paciente registrando los evolutivos que realice en los pacientes asignados al R1 que supervise anotando la hora y su identificación.
- Atender cualquier problema de índole médico-legal que se suscite durante el abordaje de un paciente o un acompañante.
- En situaciones excepcionales, para no obstaculizar la atención urgente de los pacientes y para salvaguardar su seguridad, el médico adjunto podrá relevar de sus funciones al MIR. Este relevo de funciones acarreará la necesidad de una reorganización del funcionamiento del área de la urgencia afectada que será responsabilidad del médico adjunto correspondiente. Por otra parte se emitirá un informe al Jefe del Servicio que justifique el relevo realizado para su trámite correspondiente.

7. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN, SUPERVISIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS DEL MIR EN FUNCIÓN DEL AÑO DE RESIDENCIA:

MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO:

Los residentes de primer año (R1) deberán estar supervisados en el desarrollo de sus funciones asistenciales en la guardia de Urgencias por los médicos adjuntos de JAC en el Servicio de Urgencias.

Durante el primer mes de su residencia realizarán Jornadas obligatorias de 7 horas de duración en las que recibirán una introducción al funcionamiento de la urgencia tanto en el aspecto logístico y organizativo, como en el informático y administrativo; en las que aprenderán la realización de una adecuada exploración física según las necesidades del paciente y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más habituales.

Progresivamente el R1 irá adquiriendo mayor autonomía en el desempeño de su labor asistencial, con la colaboración y supervisión de su adjunto responsable.

En cumplimiento con las disposiciones del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, el médico adjunto supervisor asignado visará los informes de alta o de ingreso realizados por el R1 mediante validación electrónica en la historia clínica, dicha validación es un elemento distintivo de nuestro hospital ya que el informe de urgencias solo puede imprimirse con la firma electrónica del adjunto responsable que implica la conformidad con la decisión final.

Los R1 podrán acompañar al Residente Mayor (R4 y R5) en el desarrollo de las tareas asistenciales que los Residentes Mayores tengan asignadas, aprendiendo de ellos, si bien, en cumplimiento con las disposiciones del Real Decreto 183/2008 de 8 de octubre y de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo anterior, sólo los médicos adjuntos podrán visar informes generados por un R1.

El R1 deberá registrar en cada evolutivo que realice en la historia clínica de los pacientes a su cargo, su nombre y la hora de la valoración del paciente.

COMPETENCIAS A ADQUIRIR:

- Conocer la distribución física y funcionamiento general del Servicio de Urgencias.
- Utilizar con soltura las herramientas informáticas necesarias para el trabajo habitual en el Servicio de Urgencias.
- Integrarse en el Servicio de Urgencias y desarrollar el razonamiento clínico apropiado para el manejo de pacientes con necesidad de atención urgente en un Hospital.
- Realizar correctamente una valoración inicial del paciente en Urgencias, incluyendo:
 - Constatación y definición del estado de gravedad del paciente.
 - Realización de una historia clínica adecuada con anamnesis sobre el motivo de consulta, antecedentes de relevancia y medicación actualizada.
 - Exploración física completa.
 - Orientación diagnóstica inicial en patologías concretas o grupos sindrómicos.
 - Instauración de medidas terapéuticas de soporte o iniciales.
- Reconocer el estado de mayor o menor gravedad de un paciente y las enfermedades que originan mayor mortalidad en Urgencias.

- Conocer la indicación y aprender a valorar pruebas complementarias que permiten afinar la orientación diagnóstica inicial.
- Conocer los protocolos de coordinación con otras especialidades del Hospital, dónde encontrarlos y cómo comunicarse con los especialistas que intervienen en ellos.
- Conocer las medidas terapéuticas inmediatas y posteriores en la atención urgente a los pacientes, aprender su indicación e ir adquiriendo soltura en su manejo.
- Reanimación cardiopulmonar básica e instrumentalizada.

MÉDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO:

El MIR que supere la formación prevista en el Servicio de Urgencias para el primer año de residencia conseguirá la habilitación para actuar como MIR de segundo año (R2) en las guardias en el Servicio de Urgencias.

En el área de azules-verdes, el R2 estará capacitado para hacer una valoración individual, decidir la estrategia diagnóstica, terapéutica, el destino y firmar altas de los pacientes que tenga asignados, contando con la supervisión a demanda del adjunto o de los especialistas con los que haya compartido la evaluación del paciente. En cualquier caso debe tener en cuenta que debe consultar al adjunto supervisor si atiende o sospecha situaciones que se detallan en el anexo 2 de este protocolo y aquellas en que los motivos de consulta o el estado del paciente no correspondan al área de azules/verdes.

El R2 podrá decidir el traslado de un paciente a otra área de la urgencia una vez se haya consultado con el médico adjunto del área de azules-verdes o del área de potencial destino.

En las otras áreas de atención en el Servicio de Urgencias (Amarillos y Naranjas), el R2 estará capacitado para hacer una valoración individual, orientar la estrategia diagnóstica, terapéutica y firmar altas de los pacientes que tenga asignados contando con la supervisión a demanda del adjunto o de los especialistas con los que haya compartido la evaluación del paciente.

Así mismo, para tomar decisiones de hospitalización o realizar técnicas invasivas en sus pacientes deberá informar a un médico adjunto de urgencias, residente mayor o especialista correspondiente. Solo con el adjunto en caso de decisiones de hospitalización.

El residente podrá dar altas a domicilio en el servicio de Urgencias, habida cuenta de que ha contado con supervisión por parte de su adjunto. No obstante, deberá contar explícitamente con su conformidad en las situaciones que se especifican en el anexo 2.

El R2 deberá colaborar en el aprendizaje de los R1 junto a los Residentes de años superiores y médicos adjuntos de guardia.

COMPETENCIAS A ADQUIRIR:

- Mantener las competencias del R1.
- Orientar y manejar la atención urgente de cualquiera de las patologías que son evaluadas en el Servicio de Urgencias.
- Ser capaz de iniciar las medidas terapéuticas de la patología más prevalentes de las distintas áreas.

MÉDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO:

El MIR que supere la formación prevista en el Servicio de Urgencias para el segundo año de residencia conseguirá la habilitación para actuar como MIR de tercer año (R3) en las JAC en el Servicio de Urgencias.

El R3 estará capacitado para hacer una valoración individual, decidir la estrategia diagnóstica, terapéutica, el destino y firmar altas de los pacientes que tenga asignados, pudiendo contar con la supervisión a demanda de un Residente Mayor, su adjunto de referencia, o de los especialistas con los que haya compartido la evaluación del paciente, que deberán ser informados siempre que el R3 desee realizar sobre un paciente una técnica invasiva, quedando a criterio del Residente Mayor (R4 o R5) o del médico adjunto de guardia el grado de supervisión necesario para realizarla en función de las habilidades previamente demostradas por el residente. Las decisiones de hospitalización y los tratamientos al ingreso de los pacientes deberán contar con la conformidad de un médico adjunto de urgencias o un médico especialista del Servicio en el que se vaya a ingresar al paciente.

El residente podrá dar altas a domicilio en el servicio de Urgencias, habida cuenta de que ha contado con supervisión por parte de su adjunto. No obstante, deberá contar explícitamente con su conformidad en las situaciones que se especifican en el anexo 2.

El R3 deberá colaborar en el aprendizaje de residentes de años inferiores junto con los Residentes Mayores y médicos adjuntos de guardia.

COMPETENCIAS A ADQUIRIR:

- Mantener las competencias del R1 y R2.
- Orientar y manejar la atención urgente de cualquiera de las patologías que son evaluadas en el Servicio de Urgencias de acuerdo a su experiencia.
- Dominar los criterios de ingreso y alta de las patologías más frecuentes en el Servicio de Urgencias

MÉDICOS RESIDENTES DE CUARTO Y QUINTO AÑO:

El MIR que supere los objetivos los definidos para las guardias de R3 y obtenga una evaluación positiva, adquirirá la habilitación para actuar como Residente Mayor en las guardias del Servicio de Urgencias.

El Residente Mayor estará capacitado para hacer una valoración individual, decidir la estrategia diagnóstica, terapéutica, la realización y solicitud de técnicas invasivas o procedimientos complejos, el destino y firmar altas/ingresos de pacientes, pudiendo contar a demanda con la supervisión de su adjunto de referencia, o de los especialistas con los que haya compartido la evaluación del paciente.

El Residente Mayor, como norma general, deberá aprender a atender patología grave y el cuidado de enfermos críticos que sean atendidos en el área de Urgencias, teniendo como referencia a alguno de los médicos adjuntos de guardia. Así mismo el Residente Mayor deberá aprender el manejo de los pacientes atendidos en la Sala de Emergencias, siendo supervisado por los Residentes Mayores o Especialistas que atiendan al paciente. La organización asistencial del Servicio de Urgencias debe permitir que el Residente Mayor pueda acudir a la Sala de Emergencias cuando allí se estén atendiendo pacientes, siempre que la presión asistencial y la estructura de la JAC lo permitan.

El Residente Mayor deberá colaborar en el aprendizaje y desarrollo de las tareas asistenciales de residentes de años inferiores junto a los médicos adjuntos, con especial dedicación con los R1, que podrán acompañar al Residente Mayor en el desarrollo de su tarea asistencial y participar en todas las fases de la atención al paciente, si bien, en cumplimiento con lo dispuesto por el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, el Residente Mayor no podrá sustituir al médico adjunto en la potestad para visar informes realizados por los R1.

El Residente Mayor deberá ser capaz de coordinar junto a los médicos adjuntos de guardia la atención urgente de los pacientes en el Servicio de Urgencias, de manera que la distribución de recursos sea eficiente y adaptable a las

necesidades de situaciones que exijan acometer modificaciones temporales en el esquema de trabajo habitual en el Servicio de Urgencias.

8. TAREAS QUE DEBERAN SER SIEMPRE REALIZADAS POR EL ADJUNTO:

Las decisiones de hospitalización y los tratamientos al ingreso de los pacientes asignados a los R1, R2, R3 y R4/5 deberán contar con la conformidad de un médico adjunto.

El médico adjunto de urgencias supervisará las decisiones de alta de los pacientes que se describen en el anexo 2 (salvo que hayan sido supervisadas por el especialista correspondiente), así como de cualquier otro por el que el residente considere que debe consultar específicamente.

El médico adjunto atenderá las situaciones de conflicto con pacientes o familiares de pacientes asignados a residentes de cualquier año, siempre que estos requieran su intervención por cualquier causa.

De acuerdo al Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, los médicos adjuntos tienen la capacidad exclusiva de visar y validar propuestas de informes de alta elaborados por los M.I.R de primer año. Tal como se ha explicado anteriormente dicha validación es un elemento distintivo de nuestro hospital ya que el informe de urgencias solo puede imprimirse con la firma electrónica del adjunto responsable que implica la conformidad con la decisión final.

Los médicos adjuntos serán responsables de realizar una supervisión estrecha sobre la atención de pacientes inestables.

9. PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN LA INFORMACIÓN DEL ADJUNTO:

La historia clínica electrónica permite un acceso constante, en tiempo real, por parte del adjunto a toda la información clínica de los pacientes atendidos por los residentes que se encuentran bajo su supervisión. Esta herramienta es, por tanto, de gran utilidad pues permite al adjunto, con independencia de que el residente le consulte, detectar a los pacientes con patología más grave o compleja.

Los M.I.R tendrán asignados a un médico adjunto supervisor. Las decisiones de hospitalización y los tratamientos al ingreso de los pacientes asignados a los R1, R2, R3 y R4/5 deberán contar con la conformidad de un médico adjunto.

El médico adjunto llevará a cabo revisiones periódicas de los pacientes con los residentes a los que supervise.

Se llevarán a cabo “revisiones rápidas” de todos los pacientes que se encuentren en un área determinada de la urgencia o de un grupo de estos. No existe límite de tiempo o de veces para que estas revisiones tengan lugar.

10. MECANISMOS PARA DOTAR DE CONTENIDO DOCENTE A LA GUARDIA:

Las guardias en el Servicio de Urgencias constituyen una base formativa esencial para un gran número de especialidades médicas y quirúrgicas. La variedad de patologías y el volumen de pacientes junto a la progresiva asunción de competencias y responsabilidades y supervisión decreciente, hacen de las guardias un elemento docente estratégico durante la residencia. Además las reuniones rápidas de revisión o actualización de la evolución de pacientes durante la JAC y los pases de guardia al comenzar y finalizar las mismas, suponen momentos de reflexión que deben ser cuidados y mantenidos para extraer de la asistencia sanitaria las mejores lecciones prácticas sobre medicina, gestión de recursos y de equipos profesionales.

Por otro lado, el servicio de urgencias, pone a disposición de sus MIR los distintos grupos de trabajo con el propósito de participar en otras facetas de la formación transversal durante la residencia con énfasis en la atención del paciente urgente. Estos grupos son: grupo de ecografía, grupo de asma-EPOC, grupo de ventilación mecánica no invasiva, grupo unidad de dolor torácico, grupo de angioedema, grupo de sepsis y grupo de investigación y publicaciones científicas.

Finalmente el servicio de urgencias mantendrá su habitual programa formativo transversal en la forma de cursos presenciales incluyendo los siguientes:

- Cursos de urgencias para M.I.R de primer año.
- Curso de urgencias “azules-verdes”.
- Manejo del paciente crítico.
- Otros cursos transversales relacionados con la actividad en urgencias.

11. ASPECTOS ORGANIZATIVOS, ADMINISTRATIVOS Y OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La organización y distribución de los puestos y tareas de trabajo será realizada por el Servicio de Urgencias, de forma flexible para adaptarse a las necesidades asistenciales de cada momento, aunque siempre teniendo en cuenta las disposiciones de este protocolo de supervisión de la actividad de los médicos M.I.R en las guardias en Urgencias.

La firma de informes de alta podrá ser realizada por los médicos responsables de los pacientes, incluyendo los M.I.R de primer año, que deberán contar con la

conformidad (el visado) de un médico adjunto para emitir dicho informe. En este caso los médicos adjuntos deberán validar el informe de alta introduciendo una clave personal en la aplicación informática de Historia Clínica Electrónica. Los M.I.R de años superiores podrán emitir los informes de alta sin requerir visado o validación electrónica por un médico adjunto, salvo en los supuestos mencionados en el anexo 2.

El horario de la JAC de Lunes a Viernes es de 15:00 h a 08:00 y los Sábados, Domingos y festivos de 08:00 a 08:00 h. Se espera que una vez empezado el horario de la JAC todos los residentes ocupen su función según la distribución vigente.

Los horarios de descanso, comida y cena son meramente orientativos estando sujetos a las necesidades de atención de los pacientes y finalmente establecidos en cada JAC por los médicos adjuntos del área correspondiente.

La distribución de residentes en las diferentes áreas en las que se organiza la atención a pacientes en el SU debe garantizar una correcta formación de todos los M.I.R que realizan guardias en este Servicio en cada una de las áreas en las que se divide, no obstante aspectos como la seguridad del paciente y la demanda asistencial serán las prioridades inmediatas.

12. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL MIR EN LAS GUARDIAS.

La evaluación anual de los residentes que realicen guardias en el Servicio de Urgencias será llevada a cabo por los responsables docentes con la colaboración de los adjuntos con los que haya realizado JAC, siguiendo las directrices generales para la evaluación de periodos formativos vigente en el Hospital y que se establecerán en el Protocolo Docente del Servicio de Urgencias, anexo 3.

ANEXO 1

Distribución y funciones por áreas en la Urgencia

Área de azules/verdes

Todos los MIR tendrán un adjunto de referencia que estará apuntado en una cartelera desde el inicio de la guardia, para referencia de enfermería e interconsultantes.

La supervisión de los MIR intermedios quedará a cargo de 1 adjunto que será quien realice o bien tareas de consulta rápida o de consulta avanzada (reevaluación y petición de pruebas complementarias), de esta manera se podrán identificar precozmente errores de clasificación.

El segundo adjunto realizará consulta de alta resolución (patología no urgente o que no requiera estudios complementarios).

El adjunto de sala de emergencias colaborará con esta consulta de alta resolución cuando no haya pacientes en dicha sala.

De esta forma durante la tarde habrá residentes intermedios valorando pacientes que ya han pasado por la consulta avanzada, y 1-2 adjuntos que solucionarán los casos de alta resolución, con el objetivo de mejorar los tiempos de espera y descongestionar el inicio del turno de noche.

Los fines de semana y festivos, la supervisión estará a cargo de los adjuntos de la zona de amarillos con la colaboración según demanda del adjunto de sala de emergencias, el residente podrá consultar también al adjunto de naranjas si considera que un paciente debe ser trasladado a dicha área.

En cualquier caso y dependiendo de la patología, el residente puede realizar interconsultas directamente con el especialista correspondiente.

Solamente un adjunto puede firmar la orden de ingreso, sea de urgencias o de especialidades.

Área de amarillos

Todos los residentes tendrán un adjunto o R mayor de referencia que estará apuntado en una cartelera desde el inicio de la guardia, para referencia de enfermería e interconsultantes.

Solamente un adjunto puede firmar la orden de ingreso, sea de urgencias o de especialidades.

Cada residente de primer año queda bajo la supervisión/tutela directa de un adjunto o residente mayor.

Los residentes intermedios podrán consultar y recibir ayuda de acuerdo a un reparto proporcional entre adjuntos y residentes mayores.

El residente mayor podrá consultar a su vez con cualquiera de los dos adjuntos de guardia.

El residente mayor acudirá a la sala de emergencias siempre que sea necesario.

El adjunto de sala de emergencias estará de forma presencial en el segundo turno nocturno de forma que actúe a la vez como consultor/supervisor de los residentes Mayores y residentes de dicho turno.

Área de Naranjas

El adjunto de naranjas es el jefe de la guardia de Urgencias y el responsable de la U.V.U.

Todos los residentes tendrán un adjunto o R mayor de referencia que estará apuntado en una cartelera desde el inicio de la guardia, para referencia de enfermería e interconsultantes.

Solamente un adjunto puede firmar la orden de ingreso, sea de urgencias o de especialidades.

Cada residente de primer año queda bajo la supervisión/tutela directa de un adjunto o residente mayor.

Los residentes intermedios podrán consultar y recibir ayuda de acuerdo a un reparto proporcional entre adjuntos y residentes mayores.

El residente mayor acudirá a la sala de emergencias siempre que sea necesario.

El adjunto de sala de emergencias estará de forma presencial en el segundo turno de forma que actúe a la vez como consultor/supervisor de los residentes Mayores y residentes de dicho turno.

Comidas y descansos

Las horas de comidas serán las siguientes:

Turno de comida: 14-15 h: Residente mayor y residentes a su cargo, 15-16 h Adjuntos y residentes a su cargo.

Turno de cena: 21-22 h: Residente mayor y residentes a su cargo. 22-23 h Adjuntos y residentes a su cargo.

Los turnos de descanso se determinarán de acuerdo a la demanda asistencial y de forma autónoma en cada área; nunca antes de las 00:00 correspondiendo el primer turno de trabajo a los adjuntos y residentes a su cargo y el segundo turno al R Mayor y residentes a su cargo.

El Adjunto de sala de emergencias tendrá su propio turno de descanso cubierto por los adjuntos de amarillos y estará de forma presencial en la sala de emergencias en el segundo turno nocturno de forma que actúe a la vez como consultor/supervisor de los residentes Mayores y residentes de dicho turno.

ANEXO 2

Guía para las patologías en relación con la prioridad

Pacientes por los que el residente debe consultar como norma general con el adjunto, especialista y/o Residente mayor antes de decidir alta.

Paciente que hayan ingresado con inestabilidad hemodinámica.

Paciente hayan ingresado con bajo nivel de conciencia.

Paciente que haya precisado pruebas complementarias de difícil y/o dudosa interpretación.

Paciente que lleve más de 8 horas en la zona de azules/verdes o 12 horas en la zona de amarillos/naranjas.

Paciente con alta reciente desde urgencias y consulte por la misma patología.

Pacientes con patología grave de base (transplantados, inmunodeprimidos, ensayos clínicos, diálisis), etc.

Pacientes con alteraciones analíticas significativas.

Pacientes intoxicados.

Casos sociales o conflictivos.

Pacientes sin diagnóstico preciso tras la realización de las pruebas complementarias.

Criterios generales de ingreso en LA SALA DE EMERGENCIAS:

Como norma general cualquier proceso que presente:

- Dolor torácico de características isquémicas presente en el momento de la consulta sobre todo si hay signos de inestabilidad o alteraciones electrocardiográficas.
- Arritmia cardíaca con inestabilidad hemodinámica.
- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Hemorragia digestiva con alteración de los signos vitales (hipotensión arterial, taquicardia, bajo nivel de conciencia, palidez cutánea, etc.).
- Otras hemorragias con alteración de las constantes vitales.
- Cefalea acompañada de alguno de los datos siguientes: disminución del nivel de conciencia, y/o focalización neurológica.
- Déficit neurológico agudo con alteración del nivel de conciencia.
- Ataque cerebrovascular agudo subsidiario de tratamiento de reperfusión.
- Traumatismo penetrante en tórax o abdomen.
- Politraumatizado.
- Shock de cualquier etiología.
- Crisis convulsiva actual.
- Grandes quemados.
- Ahogados.
- Bajo nivel de conciencia cualquiera que sea el motivo (intoxicación medicamentosa, fiebre, abuso de drogas, ictus, hipoventilación, etc.).
- Dolor abdominal sugestivo de patología grave con inestabilidad hemodinámica (AAA, isquemia mesentérica, etc.).

- Fiebre en pacientes con antecedentes de trasplante de órganos, neoplasia en quimioterapia actual o reciente con sospecha de Sepsis severa o inestabilidad hemodinámica.
- Disección o rotura aórticas.
- Parto precipitado.

Criterios generales de ingreso en el área de *NARANJAS*:

Como norma general cualquier proceso que presente:

- Cualquier proceso que necesite monitorización por inestabilidad hemodinámica.
- Cualquier proceso que necesite bomba de perfusión.
- Como norma general las salidas de los pacientes de la sala de emergencias que no son subsidiarios de tratamiento u en una unidad de intensivos.
- Paciente terminal con agonía hasta encontrar una cama de paliativos.

Por patologías concretas, se pueden concretar las siguientes patologías:

Patología cardiovascular:

- Síndrome coronario agudo, asintomático en el momento de su entrada a urgencias (de lo contrario es de sala de emergencias), y sin cambios electrocardiográficos agudos.
- Pendientes de valoración por Unidad de Dolor Torácico, y/o pendiente de realización de TAC CORONARIAS.
- Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.
- Taquicardias paroxísticas supraventriculares recurrentes, en pacientes por lo demás sanos.
- Insuficiencia cardíaca grave, descompensada grado III-IV, que necesita oxígeno a alto flujo (VMK > 31%), para mantener saturación > 91%.
- Urgencias hipertensivas con cifras de tensión arterial sistólica por encima de 180 mm Hg o diastólica por encima de 120 mm Hg, pero asintomáticas o con sintomatología leve e intrascendente y que no se han controlado con tratamiento oral.
- Síncope de perfil cardiogénico.

Patología respiratoria:

- Crisis asmática con criterios clínicos de gravedad, que requiere oxigenoterapia y que no mejora tras tratamiento en el área de amarillos en el plazo de unas horas.
- EPOC reagudizados, con criterios clínicos de gravedad, que requieren oxigenoterapia a alto flujo, que no mejora tras tratamiento en el área de amarillos en el plazo de unas horas, con/sin indicación de ventilación mecánica no invasiva.

Patología endocrino-metabólica:

- Hipoglucemias en pacientes en tratamiento con Hipoglucemiantes Orales (HO): Con trastorno del nivel de conciencia y que, teniendo en cuenta la hora del consumo del fármaco y la causa (escasa ingesta de alimento, ejercicio intenso), completará en el este área un período de observación igual a la vida media del fármaco en cuestión.
- Hiperglucemias > 400 mg/dl con indicación de perfusión continua de insulina rápida.

Patología nefro-urológica:

- Hematuria macroscópica con origen urológico no resuelta en el área de amarillos con sangrado importante, con anemia en analíticas repetidas de más de 2 puntos o datos de inestabilidad hemodinámica.
- Insuficiencia renal aguda, grave o crónica agudizada con deterioro del estado general o alteraciones electrolíticas potencialmente graves.

Patología neurológica:

- Status epiléptico controlado (el no controlado será de sala de emergencias).
- Ictus agudo no subsidiario de ningún tratamiento de reperfusión.
- Situación de coma de cualquier etiología.

Patología digestiva:

- Hemorragias digestivas altas o bajas, con anemia en analíticas repetidas de más de 2 puntos o datos de inestabilidad hemodinámica.
- Hepatopatías crónicas con encefalopatía II-III, o inestables por infección.

Patología hematológica:

- Anemias agudas, sin criterio de hospitalización que precisen transfusión y que puedan entrañar un riesgo debido a la patología de base, lo que necesite un monitor.

Patología psiquiátrica:

- Intoxicación por drogas con fines autolíticos con alteración del nivel de conciencia (GLASGOW <15).
- Intoxicación por drogas que indiquen la necesidad de monitorización por si mismas o por alteraciones nuevas en el ECG.

Otras patologías:

- Patología ORL u oftalmológica, cuando los especialistas en cuestión lo consideren necesario, previa consulta con el adjunto responsable del área lo estime oportuno.

Criterios generales de ingreso en el área de AMARILLOS:

Como norma general cualquier proceso que presente:

- Oxigenoterapia a bajo flujo (gafas nasales o VMK \leq 31%) de manera continua (exceptuando administración de terapia nebulizada).
- Cualquier paciente que presente deterioro del estado general que haga necesario que permanezca encamado.
- Pacientes con sospecha de infección por virus EBOLA (consultar protocolo específico).
- Pacientes que acuden para realización de técnicas como sondaje urinario, colocación de PEG, etc.

Por patologías concretas, se pueden especificar las siguientes patologías:

Patología cardiovascular:

- Insuficiencia cardíaca descompensada, que necesita oxígeno a bajo flujo, para mantener saturación $>$ 91%.
- Dolor torácico de perfil bajo para CI, o aquel en el que se considere necesaria la seriación enzimática para darle de alta.

Patología respiratoria:

- Crisis asmática sin criterios clínicos de gravedad, que requiere oxigenoterapia y que no mejora tras tratamiento en el área de consultas en el plazo de unas 4 horas.
- EPOC reagudizados.

Patología endocrino-metabólica:

- Hipoglucemias en pacientes en tratamiento con Hipoglucemiantes Orales (HO): Sin trastorno del nivel de conciencia y que, teniendo en cuenta la hora del consumo del fármaco y la causa (escasa ingesta de alimento, ejercicio intenso), completará en el este área un período de observación igual a la vida media del fármaco en cuestión.
- Hiperglucemias $<$ 400 mg/dl que requieran tratamiento intravenoso con insulina rápida en forma de bolos.

Patología nefro-urológica:

- Hematuria macroscópica con origen urológico no resuelta en el área de consultas, sin sangrado importante, sin anemia en analíticas repetidas de más de 2 puntos o datos de inestabilidad hemodinámica.
- CRU con dolor que requiera su encamamiento.
- Sospecha de RAO.
- Insuficiencia renal aguda, sin deterioro del estado general y sin alteraciones electrolíticas potencialmente graves, para hidratación.

Patología neurológica:

- Episodio único de movimientos anormales, en paciente epiléptico conocido o no.
- Sospecha de meningitis no neumocócica, estable.
- Posible brote de esclerosis múltiple estable, pero con afectación neurológica.
- Cefalea acompañada de alguno de los datos siguientes: hipertensión arterial, vómitos.
- Sospecha de episodio de amnesia global transitoria.
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia.

Patología digestiva:

- Hemorragias digestivas altas o bajas, sin anemia en analíticas repetidas de más de 2 puntos y sin datos de inestabilidad hemodinámica.
- Hepatopatías crónicas con encefalopatía grado I, sin inestabilidad o pacientes cirróticos con ascitis para paracentesis evacuadora o diagnóstica.
- Brote de CU o enfermedad de Crohn con mal estado general.

Patología hematológica:

- Anemias agudas o crónicas, sin criterio de hospitalización que precise transfusión sin riesgo debido a la patología de base, lo que necesite un monitor.

Patología psiquiátrica:

- Intoxicación por drogas con fines autolíticos con alteración del nivel de conciencia (GLASGOW =15), que no necesiten monitorización.
- Contenciones de pacientes psiquiátricos agitados.
- Intoxicación por drogas que indiquen la necesidad de monitorización por si mismas o por alteraciones nuevas en el ECG.
- Intoxicación etílica.

Patología reumatológica:

- Pacientes con sospecha de artritis infecciosa.
- Pacientes con algias esqueléticas no controlables con medicación oral o que precisen para su control perfusiones continuas.
- Pacientes que requieran tratamientos con pulsos de corticoesteroides.
- Pacientes con enfermedades sistémicas con manifestaciones sistémicas que requieren asistencia oxigenatoria, fluidoterapia, hemoderivados.
- Pacientes que no pueden mantener la sedestación debido a dolor o impotencias funcionales.

Cirugía general y otras cirugías:

- En general cualquier proceso subsidiario de cirugía que se encuentra estable.

Otras patologías:

- Patología ORL u oftalmológica, cuando los especialistas en cuestión lo consideren necesario, previa consulta con el adjunto responsable del área lo estime oportuno.

Criterios generales de ingreso en el área de AZULES/VERDES:

Como norma general:

Los pacientes con ingreso desde la consulta de un especialista o de la propia área de urgencias a otros hospitales, cuyo proceso o situación clínica no requieran tratamiento inmediato, o si lo requiere, pueda iniciarse sin precisar el encamamiento del paciente, en tanto se gestiona su cama de hospitalización.

Patología musculoesquelética:

- TCE sin disminución del nivel de conciencia, que se prevea que se va a dar de alta.

Patología cardiovascular:

- Dolor torácico atípico, sin seriación enzimática.
- Palpitaciones sin alteraciones electrocardiográficas, o ya conocidas sin descompensación.
- Síncope de probable etiología vasovagal.
- Crisis HTA sin sintomatología, en las que se comienza o continúa con tratamiento oral.

Patología respiratoria:

- Crisis asmática leve, que no requiere oxigenoterapia y que se prevé resolución con tratamiento en el área de consultas en el plazo de unas 4 horas.
- Infecciones respiratorias con saturación > 93% (más baja si es un paciente EPOC), en la que se prevea que no va a necesitar oxigenoterapia continua.

Patología endocrino-metabólica:

- Hiperglucemias < 400 mg/dl que no requieran tratamiento intravenoso, y que se prevé resolución con tratamiento en el área de consultas en el plazo de unas 4 horas

Patología nefro-urológica:

- Hematuria macroscópica con origen urológico en la que se prevea resolución SIN sondaje en menos de 4 horas.
- CRU con dolor que no requiera encamamiento, y que pueda ser manejado en la zona de sillones.

Patología neurológica:

- Posible brote de esclerosis múltiple estable.
- Cefalea.

Patología digestiva:

- Rectorragias sin repercusión hemodinámica.
- Hepatopatías crónicas sin encefalopatía grado I, sin inestabilidad y sin ascitis.
- GEA con /sin datos de deshidratación.- Si hay datos de deshidratación puede manejarse en la zona de sillones siempre que se prevea resolución del cuadro en 4-6 horas.
- Brote de CU o enfermedad de Crohn estable.

Patología reumatológica

- Dolor musculoesquelético mecánico o inflamatorio con posibilidad de mantener la sedestación.
- Dolor musculoesquelético con posibilidad de manejo no parenteral.
- Manifestaciones sistémicas de procesos inflamatorios sistémicos vinculados a enfermedades autoinmunes y que no comprometan las constantes vitales.

Patología psiquiátrica:

- Gesto autolítico con acompañante y sin datos de inestabilidad emocional.
- Crisis de ansiedad.
- Depresión.
- Intoxicación etílica leve.

Cirugía general y otras cirugías:

- Sospecha de apendicitis.

Como norma general, todas las patologías que sean subsidiarias de pasar a un nivel de atención superior (zona de amarillos o naranjas), serán comentadas con el adjunto responsable de la zona de consultas.

Todo aquel paciente cuya estancia en la zona de consulta sea mayor a 6 horas (desde su entrada), se comentará con el adjunto.

ANEXO 3

Sistema de evaluación de Residentes en el servicio de Urgencias

1. Adjunto de referencia de residentes

El Tutor de Residentes/ Responsable Docente de referencia de residentes será una figura asignada al R1 y que ocupará este rol a lo largo de todos los años de residencia o por el tiempo que el residente realice JAC en urgencias y será el enlace directo con el Tutor de especialidad y Tutor/Responsable docente de urgencias.

2. Residentes de Primer Año

La evaluación de residentes de primer año se realizará en dos estratos distintos.

2.1.1. Rotación convencional de residentes

La rotación convencional de residentes se evaluará según el formato de evaluación tradicional del que dispone nuestra unidad docente y que se cumplimentará al término de la rotación. El evaluador será el Tutor/Responsable docente/Colaborador docente asignado al residente.

La evaluación se llevará a cabo teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Asistencia puntual a al menos 75% de los días útiles de la rotación.
- Presentación de una sesión en el servicio de forma satisfactoria (personal o grupal).
- Asistir al 100% de las sesiones del servicio.
- Asistir al seminario de Sepsis en urgencias.
- Asistir al taller de investigación en urgencias.
- Asistir al seminario de medicina legal en urgencias.
- Elaborar la presentación de un caso clínico en un plazo máximo de 2 meses desde el primer día de su rotación.

2.2. Rotación extendida

La rotación extendida es toda aquella rotación distinta a la convencional y diseñada para aquellos residentes de especialidades específicas como complemento de su recorte o retirada del pool de guardias de residentes de primer año.

La evaluación se hará utilizando el mismo formato del apartado 1.1 indicando la duración de la rotación extendida. Los requisitos para acceder a la evaluación se concertarán atendiendo a la opinión de los tutores correspondientes y equipo de docencia del servicio de urgencias y se pactará teniendo como base aquellos que aparecen reseñados en el punto 1.1.

2.3. Jornadas de Atención Continuada

La evaluación de las jornadas de atención continuada (guardias de urgencias) se revisará en dos momentos del año. Para ello se harán uso de dos herramientas.

- Control de guardias/mes. A través de un padrón de firmas de cumplimentación diaria.
- Fichas e-JAC de cumplimentación obligatoria por los adjuntos responsables de la supervisión. Se adjunta documento en el anexo 4.

La primera revisión tendrá lugar en octubre, la segunda en febrero. El análisis de las evaluaciones e-JAC se ajustarán al criterio del grupo de docencia del servicio de urgencias. La toma de decisiones, entrevistas y resoluciones tendrá lugar en un mes desde la emisión del informe correspondiente a la coordinación del servicio. Se comunicará, tanto al MIR como a su tutor de especialidad, dicha resolución. De acuerdo con su tutor de especialidad se establecerá un plan formativo de recuperación, tratando de no interrumpir sus rotaciones para garantizar la adecuada docencia en ese periodo, pero inmediatamente posterior a la evaluación. Así mismo deberá establecerse de forma individualizada un plan de objetivos para la rotación del periodo de recuperación, ya que no podrá comenzar el siguiente año de residencia sin aprobar el anterior.

2.4. Cartas de reconocimiento

En el mes de Mayo, el grupo de urgencias elaborará una relación de residentes con méritos de excelencia en el trabajo en urgencias a quienes se les hará entrega de una carta de reconocimiento. Este documento tendrá copia a la unidad docente y a la jefatura del servicio correspondiente. Este documento se tendrá en cuenta en la evaluación extraordinaria al término de la residencia.

3. Residentes de segundo año

La evaluación de residentes de segundo año se hará utilizando tres herramientas:

- Control de asistencia. Mediante un padrón de asistencia.
- Revisión aleatoria de historias clínicas: Los ejercicios de revisión se realizarán 3 veces por año al 100% de los R2.
- Evaluación e-JAC-R1.

La evaluación se realizará en un único momento en Octubre. El grupo de docencia de la urgencia emitirá un informe con los residentes que hayan incumplido el número de guardias programadas, que tengan deficiencias en la confección de historias clínicas o cuyas evaluaciones e-JAC-RI presenten informes negativos. La ejecución de las resoluciones que vengan incluidas en estos informes tendrá lugar durante el mes siguiente a su emisión y así como la elaboración de un plan de recuperación.

4. Residentes de tercer año.

La evaluación de residentes de tercer año se hará utilizando las mismas herramientas destinadas a la evaluación de residentes de segundo año. Se prestará especial atención al ejercicio de competencias y destrezas en el área de Naranjas y énfasis en los abordajes terapéuticos.

5. Residentes de cuarto año

La evaluación de cuarto año se realizará de la siguiente forma:

- Haber cumplido con el 100% de sus JAC programadas.
- Cumplimiento del total de procedimientos de las fichas JAC anuales.
- Aval complementario de 3 adjuntos veteranos del servicio de urgencias.

5.1. Carta de Recomendación

Será emitida por el Coordinador del Servicio de Urgencias y por 2 Tutores/Responsables docentes del servicio, uno de ellos el responsable del residente. Este documento supone un punto extra a la supervisión y añade un punto de calidad a la misma. La emisión de este documento requerirá la valoración de los aspectos antes señalados contemplando además los siguientes ítems:

- Número total de guardias como Residente Mayor.
- Trabajos de investigación publicados en el campo de la medicina de urgencias.
- Asistencia a cursos relacionados con la especialidad.
- Portafolio de procedimientos realizados.
- Actividad como ponente en cursos/congresos/talleres.

La relación de residentes susceptibles de recibir la carta de recomendación será emitida por el grupo de docencia del servicio y ratificada por la coordinación del servicio.

ANEXO 4

Ficha e-JAC

Ficha e-JAC

Fecha en la que se produjo la supervisión* _En el caso de evaluaciones retrospectivas, trata de aproximarte lo más posible a la fecha real.

Datos del Residente* _Consignar algún dato que identifique al residente.

El grado de interés en el trabajo y en el cuidado de los pacientes demostrado por el residente ha sido... *_1: Mínimo ----> 5: Máximo

1 2 3 4 5

El nivel de conocimientos que ha demostrado el residente durante el periodo de supervisión ha sido... *_1: Mínimo ----> 5: Máximo

1 2 3 4 5

La capacidad del residente de afrontar el estrés ha sido... *_1: Mínima ----> 5: Máxima.

1 2 3 4 5

La capacidad del residente de organización del trabajo ha sido... *_1: Mínima ---> 5: Máxima

1 2 3 4 5

La capacidad del residente de elaborar un diagnóstico y administrar un tratamiento partiendo de los datos clínicos y complementarios obtenidos ha sido... 1: Mínima ---> 5: Máxima.

1 2 3 4 5

Valore globalmente el desempeño del residente durante la jornada.* _

- Deficiente
- Mejorable
- Dentro de la media
- Bueno
- Sobresaliente

Nombre del Evaluador*

Joaquin Carreño

COMENTARIO / INCIDENTE Anote aquí cualquier comentario que quiera hacer constar, relacionado con la guardia que usted ha supervisado.

A large, empty rectangular text area with a thin border. It features standard scrollbars on the right and bottom edges, indicating it is a scrollable field for entering text.