

Normas y procedimientos del funcionamiento de las guardias. Labor y supervisión del residente

**Servicio de Cirugía Torácica
Hospital Ramón y Cajal**

Año 2007-2008

Normas de funcionamiento y supervisión en la urgencia. Atención continuada

El médico residente realiza guardias de urgencias generales quirúrgicas durante los 2 primeros años de residencia. En el segundo año y posteriores realiza guardias de especialidad que no interfieren con las de urgencias generales. El médico residente de Cirugía Torácica es supervisado por los adjuntos del área de urgencias durante las guardias generales y por éstos y los de Cirugía Torácica durante las guardias de especialidad.

No entraremos en el presente documento en la organización de la supervisión por parte de los adjuntos de Urgencias puesto que es una competencia de dicho Servicio.

Estructura, áreas y funciones de la guardia:

La guardia de Cirugía Torácica está compuesta por dos médicos adjuntos del Servicio, en situación de localización. En los días programados cada mes, el residente de Cirugía Torácica realiza guardias de presencia física. La programación de las guardias de un mes determinado, tanto de residentes como de adjuntos, se realiza en la segunda quincena del mes precedente y es comunicada a la Secretaría de Urgencias, Personal, Centralita Telefónica y a Seguridad. Los dos últimos son los encargados de realizar las llamadas telefónicas a los médicos localizados cuando éstos son requeridos.

Durante la guardia, los cirujanos torácicos atienden las llamadas relativas a las situaciones urgentes relacionadas con pacientes hospitalizados a su cargo o con pacientes de otros servicios que presentan patología quirúrgica torácica urgente. También da cobertura a la Urgencia del hospital ante los casos de patología quirúrgica torácica urgente. Además de las actuaciones en casos urgentes y por lo pactado con la Dirección del Hospital años atrás, los médicos adjuntos de Cirugía Torácica realizan otras actuaciones asistenciales y administrativas no directamente relacionadas con la asistencia en casos de urgencia. Es por este motivo, junto a las características especiales de la atención urgente en nuestra Especialidad y en nuestro Centro, por lo que la primera llamada de médico adjunto, pese a ser realmente localizada, figura como de presencia física a efectos remunerativos exclusivamente, al igual que ocurre con otros Servicios quirúrgicos del Hospital Ramón y Cajal.

Para ponerse en contacto con el cirujano torácico localizado, se accede a través de centralita o de seguridad, marcando el "1" en cualquier teléfono del Hospital y solicitando que se transfiera la llamada al cirujano localizado de primera llamada. En el caso de figurar un residente de guardia, la primera llamada se hará al busca 318.

Tareas y responsabilidades de los residentes

Las tareas que el médico residente desarrolla durante la guardia y las responsabilidades que va adquiriendo se persiguen lograr un complemento docente y asistencial.

El residente de Cirugía Torácica cuenta con un busca (el 318) para su localización.

Las guardias de los médicos de plantilla de Cirugía Torácica son localizadas, existiendo dos adjuntos cada día de guardia. La responsabilidad del médico residente durante el horario de atención continuada es progresiva, siendo siempre supervisada por los médicos de plantilla de guardia cada día.

Como ya ha sido comentado, durante la reunión matinal tras el pase de visita, se realiza una puesta al día en común de las incidencias acaecidas el día anterior siempre que es posible. Durante el horario de trabajo, el busca 318 está activo para recibir las posibles llamadas de urgencia. La respuesta a dichas llamadas la realizan los médicos de plantilla y residentes disponibles en cada momento que no estén ocupados con otras labores como el quirófano o la consulta.

Al final del horario de trabajo, se realiza una puesta en común de la situación de los pacientes con el objeto de informar a los médicos de guardia.

A partir de las 15 horas comienza el periodo de atención continuada de los residentes cuando están de guardia. En este periodo recibe y atiende las llamadas que se produzcan desde dentro del hospital o las peticiones de traslados de otros centros. La supervisión de la actividad del residente se lleva a cabo, como ya ha sido comentado, por los médicos de Urgencias y por los médicos de Cirugía Torácica. En el caso de éstos últimos, la supervisión puede ser telefónica cuando implica actitudes con las que el médico residente está familiarizado o presencial cuando implica situaciones más complejas o de mayor riesgo. Cuando se produce una llamada interna, el residente acude al lugar indicado para obtener la información precisa de la situación clínica presentada. Cuando se trata de acontecimientos frecuentes con los que está muy familiarizado, como son actualización de tratamientos, supervisión de drenajes torácicos ya colocados, valoración de pruebas diagnósticas o tratamiento de problemas pleuropulmonares que no presenten dificultad y que, en cualquier caso, no requieran de la utilización de anestesia general, el residente los soluciona, informando telefónicamente al médico adjunto antes de la realización de procedimientos invasivos, por si el médico de plantilla considerase necesaria su presencia física. También en el caso de que alguna interpretación de pruebas diagnósticas o actualización de tratamientos presente alguna dificultad adicional para el médico residente, generalmente por no estar familiarizado con dichas situaciones por la escasa prevalencia o por otros motivos, se pone en contacto con el médico adjunto para solicitar una supervisión más directa. Esta se puede realizar telefónicamente en algunos casos o presencialmente en otros.

Es responsabilidad del residente el procurar un buen aprovechamiento docente de los casos que atiende en la urgencia estudiando adecuadamente

los casos, recurriendo a las fuentes bibliográficas disponibles o que le sean propuestas por los médicos de plantilla, así como solicitar de los médicos adjuntos una adecuada información acerca de los procedimientos o situaciones que no conoce suficientemente. En ningún caso el médico residente debe afrontar sin supervisión procedimientos con los que no esté suficientemente familiarizado y siempre debe contemplar su actividad en la guardia con esa doble perspectiva mencionada docente y asistencial.

Graduación de tareas y responsabilidades en función del año de residencia

El residente de cirugía torácica suele realizar algunas guardias de especialidad durante el segundo año de residencia cuando sus obligaciones con la guardia general de urgencias (número de guardias) así se lo permiten.

El segundo año de residencia es un periodo de adquisición progresiva de habilidades propias de la especialidad. Es por ello que durante este periodo, fundamentalmente al inicio, el médico residente va a precisar de una mayor supervisión por parte de los adjuntos de guardia en tareas sencillas hasta que se familiariza con ellas. En ningún caso debe enfrentarse a labores desconocidas por él, que impliquen alguna dificultad, sin la supervisión directa del adjunto responsable. De forma progresiva durante el segundo año y en el tercero, el residente realiza esas tareas y técnicas sencillas con una supervisión no presencial, manteniendo informado al médico adjunto de dichas actividades. En este periodo del segundo y tercer año de residencia, la participación del residente en los quirófanos que requieren anestesia general del paciente, está limitada a ayudar a los adjuntos de guardia, generalmente de segundo ayudante, dada la complejidad y riesgo de algunos de estos procedimientos.

En el cuarto año, el residente ya está muy familiarizado con la mayoría de los procedimientos y técnicas de la especialidad, por lo que la supervisión presencial del adjunto es bastante menos necesaria. Existe un alto grado de comunicación para tener al corriente al adjunto de las contingencias de cada guardia. En el caso de los procedimientos que requieren anestesia general, el residente se encuentra siempre acompañado presencialmente por el o los adjuntos. El grado de responsabilidad que se le asigna al residente de cuarto año en quirófano es mayor, aunque muy limitado aún por la gravedad de las situaciones.

Durante el quinto año se llega a un mayor grado de responsabilidad del médico residente. Aunque el médico localizador está correctamente informado de las actividades de la guardia de presencia y es el que en última instancia decide sobre la conveniencia de su presencia en el hospital, el residente es mucho más autónomo en lo referido a la realización de tareas y técnicas habituales de la especialidad. En el quirófano adquiere una mayor destreza y grado de responsabilidad durante este periodo.

Tareas y responsabilidades del adjunto

Como ya se ha ido comentando anteriormente, el médico adjunto es el que asume la responsabilidad de la supervisión de los procedimientos que en ella desarrollan los residentes. Para ello es necesario tener un conocimiento de los hechos que acontecen durante el periodo de atención continuada. Esta información se obtiene de las reuniones de pase de guardia ya comentadas, de las llamadas que recibe del personal del hospital de presencia física y del contacto telefónico que mantiene con el residente de guardia durante el periodo de atención continuada.

Cuando los residentes se encuentran en el inicio de su periodo formativo, es tarea del médico adjunto llevar a cabo una supervisión más estrecha, presencial en muchos casos, ante la realización de procedimientos con los que el residente no se encuentra muy familiarizado. Debe transmitir al residente la confianza para recurrir a él en tantas cosas como sean necesarias y la obligación de mantenerle al tanto de las incidencias de cada guardia.

En ocasiones puede ocurrir que ante la presentación de un caso que el residente considere estar preparado para interpretar, el adjunto considere que es necesaria una supervisión presencial por la gravedad del caso o por otras consideraciones. En estos casos es la consideración del adjunto la que debe prevalecer y debe hacerlo notar al residente. En ningún caso debe ocurrir que el residente afronte casos para los que no está preparado sin una supervisión presencial del adjunto.

También es responsabilidad del adjunto la realización de los procedimientos quirúrgicos que impliquen la necesidad de trasladar el paciente a quirófano y someterle a anestesia general. Durante las intervenciones de urgencia, el adjunto enseña al residente los procedimientos quirúrgicos especiales en la urgencia y, de una forma progresiva, le ayuda a poner en práctica las técnicas, siempre de manera segura para el paciente.

Patologías, técnicas y procedimientos que deben ser supervisados por el adjunto

Aunque resulte algo repetitivo, es preciso dar énfasis al hecho de que el residente nunca debe realizar procedimientos ante los cuales no se encuentre familiarizado, siendo en estos casos precisa la supervisión directa de un adjunto de guardia, siendo generalmente el de la propia especialidad, aunque en algunas ocasiones es el adjunto de otra especialidad (procedimientos "frontera" entre especialidades, atención al paciente politraumatizado, etc). También es preciso hacer énfasis en el hecho de que el residente debe informar con anterioridad al adjunto de los casos que se presentan y de los procedimientos propuestos, para que sea el adjunto el que determine la conveniencia o no de la supervisión directa.

De forma concreta, todos los procedimientos con anestesia general deben ser supervisados presencialmente por un médico adjunto, así como otros en los que no sea preciso la práctica de anestesia general, pero que por la complejidad del caso, el médico responsable considere que es necesaria su presencia o que el residente no se encuentra aún preparado para afrontarlo sin supervisión directa, como es el caso de algunos drenajes torácicos complejos o en pacientes críticos.

La supervisión directa no se circunscribe exclusivamente a la realización de procedimientos quirúrgicos. También es conveniente en casos de difícil interpretación de datos clínicos o de pruebas diagnósticas con las que el residente no está familiarizado. La supervisión directa por parte del especialista en Cirugía Torácica o de otros especialistas de presencia (radiodiagnóstico, neumología, anestesia, cuidados intensivos, cirugía general, cirugía cardíaca...) según las características de cada caso, es esencial. Como siempre, una adecuada comunicación con el adjunto localizado es la que posibilita una acertada decisión en cada caso.

Situaciones, patologías, técnicas o procedimientos por las que deberá ponerse en contacto el residente con el adjunto localizado.

Dadas las características de los pacientes y patologías en los que es precisa una intervención de urgencias en nuestra especialidad, en la mayoría de los casos debe tener conocimiento el adjunto de lo que ocurre y de los pasos que se van a dar. Excepciones a esta regla general son los casos de contusiones simples del tórax, fracturas no complicadas aisladas o procedimientos en los que se reclama la evaluación del residente pero en los cuales la intervención de nuestro servicio es marginal o se trata de evaluación de pruebas diagnósticas sencillas, como en el caso de derrames tratados por neumología, interpretación de datos analíticos de derrames pleurales, valoración de neumotórax mínimos o de otras radiografías o TC torácicos sencillos, valoración previa de pacientes oncológicos, etc. En este último caso, el residente debe recopilar la información necesaria para presentar el caso en el comité de cáncer de pulmón. Cuando se trata de procesos más complejos, el residente debe ponerse en contacto con el adjunto para informarle acerca del caso en concreto y decidir que tipo de supervisión es necesaria y por parte de quien, así como los servicios que deben implicarse en el caso.

Procedimientos que garantizan una adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente en la guardia

Como ya ha sido comentado previamente, el adjunto de cirugía torácica cuenta para su localización con un teléfono móvil y un mensáfono. No obstante, el residente también contará con otras vías de comunicación (teléfonos personales) para el caso hipotético en el que fallase la comunicación por el método habitual y siempre contará con dos adjuntos de referencia. La reunión matutina tras el pase de visita que diariamente se realiza en el aula de la planta 4ªC sirve para la puesta al día de los incidentes del día anterior y la

planificación, si procede, de la guardia que comienza. Al final de la jornada de trabajo se produce una actualización de la situación de los pacientes hospitalizados y de los que están en urgencias con el mismo propósito. En los días en que hay un residente de presencia física, los métodos mencionados (teléfonos móviles, mensáfono, teléfonos fijos) de los dos adjuntos localizados, garantizan una adecuada comunicación entre el residente y el staff de guardia.

Procedimientos que garantizan un contenido docente derivado de la actividad en las guardias

Las reuniones ya mencionadas que se tienen en la planta 4ª C al principio y final de la jornada de trabajo tienen, además del interés informativo ya mencionado, un claro objetivo docente, con la puesta en común y discusión de los casos atendidos y los casos que se estén tratando entre los miembros del Servicio. Durante el horario de atención continuada, la discusión razonada de los casos por vía telefónica o directamente en los casos en los que sea necesario, garantiza una adecuada docencia según las necesidades de cada situación. Un caso aparte es la realización de guardias por parte del médico residente en días festivos. La guardia comienza con una conversación con el médico de guardia localizado, en la que éste último informa al residente sobre las novedades ocurridas y los trabajos que se deben realizar, dando las indicaciones oportunas sobre la forma de realizar las tareas. Las otras incidencias que ocurran durante el día son comunicadas por parte del residente al médico adjunto telefónicamente de igual forma que en los días laborables, siendo supervisados de la forma ya expuesta.

Mención aparte merece comentar que la actividad en el quirófano durante la guardia sigue los mismos principios docentes que la formación quirúrgica en la cirugía programada, con una progresiva adquisición de responsabilidad del residente y siempre con supervisión directa del médico adjunto. También es preciso hacer notar que el contenido docente de la guardia no se circunscribe únicamente a la docencia impartida por los médicos de cirugía torácica, dado que durante la guardia, el residente mantiene un estrecho contacto habitual con otros staff como anestesistas, intensivistas, médicos de urgencias, por citar algunos, de los que obtiene un respaldo docente esencial en su formación integral.

En otro orden de cosas y cuando la actividad de la guardia lo permite, el horario de atención continuada es aprovechado por el residente para realizar actividades de formación e investigación como la revisión de casuísticas, elaboración de publicaciones y comunicaciones o el estudio de la bibliografía de la especialidad.

Aspectos organizativos y administrativos

Las guardias del mes siguiente se programan el día 20 de cada mes y son entregadas en los departamentos pertinentes. Si existiesen cambios en dicha programación se harán según las normas establecidas por la Dirección del hospital. En lo relativo a la firma de informes, los residentes de primer año nunca firman informes de alta de la especialidad sin la supervisión presencial de un adjunto de la especialidad o de urgencias. Los residentes mayores, en los casos establecidos si lo podrán hacer, respetando siempre las normas de supervisión ampliamente comentadas en este informe. En el resto de casos, será el médico adjunto, de forma presencial, el que firmará los informes. En lo relativo a los casos en los que exista actuación por parte de organismos judiciales, siempre será el médico adjunto el que realice las comunicaciones oportunas a dichos organismos.

Evaluación de la actividad del residente en las guardias

La evaluación de la actividad del residente en las guardias se produce de forma continua, gracias al alto nivel de comunicación existente que posibilita un adecuado feed-back de forma constante. El resultado de dicha evaluación proporcionada por todos los médicos del Servicio con responsabilidad directa en la guardia queda recogida en la evaluación anual del residente. Los datos concretos relativos a la actividad del residente se recogen en la memoria anual de éste, a disposición de la Dirección.