

ORGANIZACIÓN DOCENTE DE LA GUARDIA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

1. ESTRUCTURA Y FUNCIONES

La guardia médica del Servicio de Gastroenterología la forman actualmente un médico adjunto y un médico residente de presencia física, y un médico adjunto en guardia de llamada exclusivamente para lo relacionado con el Trasplante hepático

En circunstancias especiales puede existir un segundo residente de guardia:

- 1) Las 4 primeras guardias de los futuros residentes de segundo año (R2) de Aparato Digestivo, que se realizarán acompañando a un residente de tercer (R3) o cuarto año (R4) en los 2 últimos meses de su primer año de residencia; y
- 2) Los residentes rotantes de otros hospitales que realicen guardias en nuestro Servicio, que siempre las harán en compañía de un residente del Servicio.

El médico residente y el adjunto de guardia se encuentran localizados en las extensiones 50808 y 55630, respectivamente. El médico adjunto de la guardia de llamada para el Trasplante Hepático está localizable a través de la centralita del Hospital.

Las funciones de atención médica continuada del servicio de Gastroenterología durante la guardia son las siguientes:

a) Guardia de presencia física de Gastroenterología

Las llamadas del servicio de Urgencias sobre problemas digestivos o hepatológicos.

Primera llamada de cualquier urgencia en los pacientes hospitalizados por el primer episodio (planta 10ª) o sucesivos de trasplante hepático. Cualquier problema urgente en un paciente ingresado a cargo del servicio de Gastroenterología.

Visita a los enfermos hospitalizados a cargo del servicio de Gastroenterología e información de cualquier incidencia a familiares en sábados y festivos.

Pacientes ingresados en Observación de Urgencias a cargo del servicio de Gastroenterología

Consultas sobre problemas digestivos agudos en pacientes ingresados en otros servicios.

Realización de toda endoscopia diagnóstica o terapéutica solicitada durante la guardia.

Atención médica, incluyendo informes y alta, a los pacientes del Hospital de Día.

Trasmisión de información al equipo entrante de guardia, anotando las incidencias en la carpeta creada al efecto

Decisiones de traslado a plantas

Decisiones de traslado e ingreso en el servicio de Gastroenterología de los pacientes que así lo requieran procedentes de Observación de Urgencia o de otros Centros médicos u hospitalarios

b) Guardia localizada de trasplante hepático

Segunda llamada de todas las urgencias generadas en relación con el trasplante hepático, incluyendo pacientes en lista de espera, posibles candidatos y trasplantados.

Selección, preparación y aprobación de los candidatos seleccionados como receptores de una oferta de trasplante hepático

Participación en el proceso de evaluación y selección de los posibles donantes

Realización de pruebas instrumentales a pacientes de UCI, fuera del horario laboral (ecografía, eco doppler y biopsia hepática)

2. DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS Y FUNCIONES DEL RESIDENTE

Atención a todas las llamadas urgentes a Gastroenterología o Trasplante Hepático, tanto las procedentes del servicio de urgencias como de las plantas de hospitalización. Ello incluye la anamnesis, exploración, valoración de las pruebas complementarias e información a familiares de los casos consultados.

Visita con el médico adjunto a los enfermos hospitalizados a cargo del servicio de Gastroenterología e información de cualquier incidencia a familiares en sábados y festivos.

Primera llamada de cualquier urgencia en los pacientes hospitalizados por el primer episodio (planta 10ª) o sucesivos de trasplante hepático

Asistencia en la transmisión de información al equipo entrante de guardia, anotando las incidencias en la carpeta creada al efecto.

Redacción de un informe en la historia clínica general o la de urgencias sobre la atención realizada.

Ayudar a la realización de las endoscopias tanto diagnósticas como terapéuticas que surjan durante la guardia. Los residentes superiores, que ya hayan rotado en la Unidad de Endoscopias podrán realizar exploraciones endoscópicas bajo la supervisión y ayuda del médico adjunto de guardia.

Colaborar con el médico adjunto de guardia de trasplante hepático cuando acude al hospital.

Atención a los pacientes del Hospital de Día Médico, incluyendo la realización de paracentesis terapéuticas.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS Y FUNCIONES DEL MÉDICO ADJUNTO

a) Médico adjunto de presencia física

Responsable de las funciones descritas en el punto 1. [ba](#)

b).- Médico adjunto de guardia localizada

Responsable de las funciones descritas en el punto 1.b

4. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

Habitualmente el residente recibirá la primera llamada de los médicos o enfermeras del servicio de urgencias, hospitalización de Gastroenterología o Trasplante Hepático, o de los médicos de otros servicios que deseen consultar. Tras la llamada, el residente contactará con el adjunto de guardia en todas las situaciones de urgencia vital y en el resto de las situaciones que así considere en función de su año de residencia y nivel de experiencia.

Las llamadas relacionadas con el trasplante hepático las consultará exclusivamente con el médico adjunto de guardia localizada, exceptuando aquellas de carácter vital en las que consultará en primera instancia con el médico adjunto de guardia de presencia física; contactando inmediatamente después con el adjunto localizado.

El médico residente consultará al médico adjunto siempre que lo crea conveniente, incluyendo las situaciones de sobrecarga asistencial, que pueden requerir que el médico adjunto atienda la primera llamada de problemas urgentes para evitar demoras asistenciales.

Los residentes de segundo año avisarán al adjunto para la valoración inicial de las patologías en las que por su nivel de formación carecen de experiencia. Esto es aplicable a residentes de 3º y 4º año, siempre que se enfrenten a alguna patología en la que carezcan de experiencia o lo crean conveniente. En el resto de los casos, el residente evaluará en primer lugar al paciente mediante historia clínica, exploración y valoración de estudios complementarios. Tras ello podrá tomar la decisión de solicitar nuevos estudios complementarios urgentes o decisiones terapéuticas urgentes, de acuerdo a su nivel de formación y responsabilidad progresiva. En cualquier caso, el médico adjunto debe estar informado de todos los pacientes consultados, y de las valoraciones, pruebas y tratamientos realizados por el residente.

El residente será el encargado de redactar el informe gastroenterológico del paciente en el informe de urgencias o en la Historia Clínica, siguiendo las conclusiones que se hayan alcanzado tras la discusión del caso o de la valoración conjunta con el adjunto en cuanto a anamnesis, exploración, diagnóstico, tratamiento, decisión de ingreso o alta.

Cuando esté indicada la realización de una exploración endoscópica ó si esta es solicitada por otro servicio con carácter urgente, valorará el estado del paciente, comprobará que la situación clínica permita la exploración y que se ha realizado la preparación adecuada. Gestionará el

traslado del paciente a la Unidad de Endoscopias siempre tras haber informado al médico adjunto de presencia física que será siempre el que tome la última decisión sobre la indicación de la exploración endoscópica.

El médico residente informará al médico adjunto sobre la decisión final de todos los pacientes, especialmente cuando implique un ingreso o un alta hospitalaria.

5. DESCRIPCIÓN DE TAREAS DEL RESIDENTE EN FUNCIÓN DE AÑO DE RESIDENCIA

Todos los residentes de Aparato Digestivo realizarán las tareas especificadas en el punto 2

Todos los residentes que hacen guardias de Gastroenterología, R2 a R4, se les considera capacitados para enfrentarse inicialmente a los problemas médicos generales que se planteen en los pacientes digestivos y hepáticos durante la guardia de Gastroenterología. En cualquier caso podrán consultar en todo momento con el adjunto de Gastroenterología, con los médicos de guardia de planta o con otros especialistas. El adjunto de Gastroenterología deberá ser siempre avisado cuando las circunstancias médicas generales sean graves o supongan un riesgo vital para el paciente.

6. TAREAS QUE DEBIERAN SER SIEMPRE REALIZADAS POR EL ADJUNTO

El médico adjunto evaluará personalmente las siguientes situaciones:

- 1) Urgencia vital inmediata
- 2) Patologías gastroenterológicas graves con riesgo vital o de secuelas
- 3) Hemorragias digestivas graves, específicamente aquellas que se consideren activas o causen hipotensión o shock
- 4) Hepatitis tóxicas agudas
- 5) Pacientes candidatos a ingreso en UVI
- 6) Todos los pacientes en los que se considere ingreso en Gastroenterología.
- 7) Pacientes con patología digestiva de difícil adscripción entre Gastroenterología y Cirugía General o Medicina Interna
- 8) Decisión de traslado de pacientes desde otros centros
- 9) Alta de cualquier paciente hospitalizado, incluyendo los del Hospital de Día Quirúrgico

7. PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN LA INFORMACIÓN DEL ADJUNTO

Al iniciar la guardia (8.00 h) el equipo de guardia se reunirá con la guardia saliente y algún miembro de los equipos de hospitalización y trasplante hepático en la denominada sesión de guardia para conocer las novedades de la guardia anterior y los posibles problemas de los pacientes hospitalizados. El médico residente y adjunto se reunirán durante la guardia en al menos otras dos ocasiones, a las 15 y a las 22 horas.

Durante la guardia existirá un contacto permanente entre médico residente y adjunto, garantizado por el busca. El médico adjunto estará siempre a disposición inmediata para cualquier consulta o para acudir a visitar pacientes.

8. MECANISMOS PARA DOTAR DE CONTENIDO DOCENTE A LA GUARDIA.

a) Planteamiento previo del caso, inmediatamente tras la consulta. Fundamentalmente el R2, pero también cualquier residente que no haya tenido experiencia previa suficiente con el problema planteado, comentarán el caso con el adjunto. Se realizará de forma preliminar un diagnóstico diferencial, valorando las patologías más graves y frecuentes a las que puede enfrentarse, aspectos importantes a tener en cuenta y un plan de actuación, que pueden verse modificados al ver al paciente.

b) Evaluación conjuntamente con el adjunto de los casos más significativos, por gravedad, dificultad diagnóstica, o interés clínico. Repaso conjunto de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias. Discusión de diagnóstico diferencial, actitudes diagnósticas y terapéuticas, y previsión de posibles complicaciones y evolución.

c) Sesiones diarias de pase de guardia a las 8.00 horas, en las que se comentan con otros miembros del Servicio de Gastroenterología los pacientes ingresados y otros casos relevantes de la guardia. Esto permite discusión de los casos y actitudes a tomar de forma conjunta.

9. ASPECTOS ORGANIZATIVOS, Y ADMINISTRATIVOS Y OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El médico residente será el primero en atender las llamadas recibidas durante la guardia., Deberá priorizar la atención de las mismas en función de su contenido y gravedad, si ve que hay sobrecarga de avisos, llamará al médico adjunto para organizar la distribución de las mismas.

Se deberá recoger en la historia médica, el nombre de los médicos de guardia que han participado en la evaluación del paciente, así como registrar la hora a la que ha sido atendido el paciente. En el caso del servicio de urgencias, si el paciente es dado de alta por Gastroenterología el médico residente de Aparato Digestivo podrá firmar el informe de alta.

Siempre que el médico adjunto haya valorado un paciente (tanto presencialmente como telefónicamente) en la historia médica deberá constar el nombre tanto del residente como del adjunto. En el caso, y en función de la adquisición progresiva de responsabilidades, de que un paciente sea valorado sólo por el residente en la historia clínica constará sólo su nombre.

Tanto el médico residente de Aparato Digestivo como el adjunto podrán firmar los certificados de defunción de un paciente.

Los consentimientos informados para la realización de pruebas específicas o administración de determinadas terapias (administración de Inmunoglobulinas, transfusión de hematíes o plaquetas, etc.) podrán ser obtenidos y firmados por el residente siempre que el adjunto haya sido informado y esté de acuerdo con dichos procedimientos. En el caso de la obtención de consentimientos informados para la administración de fármacos no comercializados o inclusión en ensayos clínicos será el adjunto el que informe directamente a la familia y obtenga la firma del consentimiento informado.

Como norma general durante la guardia no se tomarán decisiones sobre el traslado de pacientes entre servicios dentro del propio hospital.

10. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL RESIDENTE EN LAS GUARDIAS

Valoración de los informes de los residentes en las sesiones diarias de pases de guardia

Informes verbales por parte de los médicos adjuntos que supervisan al residente en las guardias

Seguimiento de los pacientes atendidos por el residente durante el ingreso