

PROTOCOLO GUARDIAS URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS

Aprobado en Comisión de Docencia Acta 3/2022 (15/03/2022)

ANTECEDENTES LEGALES

El **capítulo V del Real Decreto 183/2008** se ocupa del deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. En el artículo 15 apartado 3 y 5 prevén:

- La supervisión de presencia física para los residentes de primer año
- Elaboración por parte de la Comisión de Docencia de los Hospitales de protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias. Siguiendo estas directrices, la **Comisión de Docencia** del hospital solicita la Elaboración de un documento con las normas y procedimientos que garantizan la supervisión y la docencia durante las guardias en las que intervienen residentes.

Las siguientes cuestiones deben ser concretadas:

1. Descripción de la estructura, áreas y funciones de la guardia
2. Descripción de las tareas y responsabilidades de los residentes
3. Graduación de las anteriores en función del año de residencia y/o de la especialidad de origen
4. Descripción de las responsabilidades y tareas del adjunto
5. Descripción de las patologías, técnicas y procedimientos que deberán ser realizadas o supervisadas directamente por el adjunto
6. Descripción de las situaciones, patologías, técnicas o procedimientos por las que deberá ponerse en contacto el residente con el adjunto localizado
7. Descripción de los procedimientos que garantizan una adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente de guardia
8. Descripción de los procedimientos que garanticen un contenido docente derivado de la actividad de las guardias
9. Aspectos organizativos y administrativos (incluye firma de informes)
10. Procedimiento de evaluación de la actividad del residente en las guardias.

Además la elaboración de este documento está incluido dentro de los **Objetivos de Docencia e Investigación** que forma parte de unas de las líneas estratégicas en los **Objetivos del año 2015** del Servicio de Traumatología del Hospital Ramón y Cajal.

I) Descripción de la estructura, áreas y funciones de la Guardia

1.1 Descripción de la estructura de la guardia de traumatología

La atención de urgencias traumatológicas esta física y organizativamente separada del Servicio de Urgencias. La responsabilidad de la misma recae sobre el Servicio de Traumatología y los médicos adjuntos que están de guardia ese día, aunque son varios los Servicios del hospital cuyos residentes cubren puestos de guardia en la mencionada urgencia.

a) Adjuntos de guardia:

Actualmente hay dos médicos adjuntos del Servicio de Traumatología de guardia de presencia física y uno localizado.

El más veterano de estos adjuntos es considerado el Jefe del Equipo de Guardia y tiene la última responsabilidad en lo que se refiere a la toma de decisiones dentro de la guardia.

b) Los residentes de puerta

Se cubren 5 puestos en la Puerta de Traumatología

Para el reparto de los 5 puestos diarios de guardia de residentes, la propuesta realizada y aceptada por los diferentes Servicios es la siguiente:

- Residentes de Traumatología: 75 puestos de guardia. Cubrirán todos los días 2 puestos de guardia y se añadirá un tercer puesto los días impares del mes (con mayor carga asistencial al asumir la patología urgente de la mano).
- Residentes de Rehabilitación: 45 puestos mensuales. Cubrirán todos los días 1 residente todos los días impares y 2 residentes los días pares.
 - o Para garantizar las 4 guardias mensuales a los residentes de Rehabilitación el servicio de Traumatología cederá los puestos faltantes de su número total de guardias. En caso de que haya 12 residentes de Rehabilitación serían necesarios 48 puestos de guardia, en un mes normal de 30 días. Por ello los 3 huecos para llegar a los 48 puestos serán cedidos por el servicio de Traumatología.
- Residentes de Medicina Familiar: cubrirán cada uno de los residentes de segundo año un puesto al mes.
- Residentes de Medicina del Trabajo: cubrirán el resto de puestos de guardia que no ocupe Medicina de Familia para completar el quinto puesto de residente de la guardia (10-11 puestos salvo el mes de febrero que serán 8-9), a realizar por los R2 y R3.
- Se garantizará que siempre haya un residente de Rehabilitación en la guardia. Si por motivos ajenos al servicio o por rotaciones externas autorizadas por el servicio no se pudieran cubrir los puestos extras de Rehabilitación, será el servicio de Traumatología el encargado de rellenar dichos puestos.
- Las guardias se pondrán de manera conjunta y coordinada. Así como se repartirán los festivos de forma equitativa entre servicios.

Con este reparto se pretende un reparto equilibrado de los puestos de guardia, recayendo un mayor peso sobre el Servicio de Traumatología (que además debe atender las demandas de los pacientes hospitalizados y de los potenciales quirófanos urgentes). Por tanto, cada Servicio se compromete a cubrir estos puestos de guardia; en caso de imposibilidad deberán comunicarse con el Servicio de Traumatología con la mayor antelación para buscar una solución que podrá ser con un residente de Traumatología o de alguno de los otros Servicios.

| | Traumatología | Rehabilitación | Medicina de Familia | Medicina del Trabajo | Cirugía Plástica | Total |
|--------------|---------------|----------------|---------------------|----------------------|------------------|-------|
| Días pares | 2 | 2 | 1 | | 0/1* | 5 |
| Días impares | 3 | 1 | 1 | | 0/1+ | 5 |

* Los residentes de Cirugía Plástica, en los meses que rotan en el Servicio de Traumatología como R1, hacen 2-3 guardias al mes en estas urgencias. La propuesta es considerarlos un añadido puntual a este esquema.

La tarea de supervisión de los residentes, en especial de los de primer año, corresponde a los médicos adjuntos del Servicio de Traumatología. Esta supervisión será proporcional al nivel formativo de cada residente y a la complejidad de la patología a atender, siendo progresivamente menor a medida que progresan en su programa de residencia. Asimismo, es tarea de los residentes mayores la ayuda y apoyo a los residentes menores.

El residente de traumatología está localizable mediante el busca-teléfono 50362. Dicho busca será personal e intransferible de los residentes de Traumatología durante el día y la noche de guardia. Los residentes de Rehabilitación tendrán su busca y serán localizables en el teléfono 58745.

En el caso de que el residente de puerta de traumatología sea un R1 que haya realizado menos de 35 guardias o no haya concluido el periodo de rotación en la puerta de Traumatología, éste debe estar acompañado por un residente mayor de traumatología. En el caso de los R1 es necesaria la supervisión por parte de los adjuntos del equipo de guardia.

En el caso de los días cubiertos con un único Residente de Rehabilitación, este podrá ser R1 siempre cuando se encuentre en sus últimos meses del primer año de formación y haya completado un mínimo de 35 guardias. En el caso de presentar dudas o necesitar ayuda en cuanto al manejo de algún paciente o patología concreta que supere sus conocimientos, este será asistido por los residentes mayores de Traumatología o los adjuntos que estén ese día en la guardia. Este R1 de Rehabilitación no podrá coincidir en la guardia con el R1 de Traumatología.

La guardia entre semana comienza a las 15:00h y finaliza a las 8:00 del día siguiente. La guardia de festivo comienza a las 9:00h y finaliza a las 9:00h del día siguiente, no pudiéndose en ningún caso (salvo causa justificada y previo consentimiento del Jefe de la guardia) abandonar la misma.

1.2 Descripción de áreas de la guardia

Puesto que las urgencias de traumatología engloban patología cuyo tratamiento puede ser conservador (ortopédico) o quirúrgico, podemos distinguir 2 áreas físicas y funcionales donde trabaja personal con diferentes grados de especialización.

a) El área de Urgencias de Traumatología:

Se encuentra ubicada en la planta -3, quedando emplazada dentro del servicio general de urgencias como un área independiente aunque próxima a otras especialidades de urgencias (pediatría, cirugía, medicina interna y sala de emergencias), constituyendo una unidad específica donde se atiende la patología traumática músculo-esquelética.

Es en éste área donde se atiende a la gran mayoría de los pacientes que acuden a urgencias de traumatología, y sirve de filtro para diferenciar los pacientes que por su patología requieren tratamiento ortopédico y, por tanto, seguimiento en centro de salud, centro de especialidades o consultas externas, de los pacientes que requieren un tratamiento quirúrgico, ya sea urgente o diferido, y por tanto, un ingreso hospitalario.

El servicio de urgencias de traumatología dispone de las siguientes instalaciones para el desempeño de esta función de filtro:

- Sala de espera para pacientes y mostrador para atención de los mismos que dispone de ordenador para petición de rayos y generar informes.

- Se disponen de un total de 4 salas de atención de pacientes clasificadas de la siguiente manera:

- _ 1 Sala de curas: se utiliza para realizar curas locales o sutura de heridas de escasa complejidad

- _ 1 sala de exploración con ordenador para generar informes

- _ 3 salas de yesos: 2 de miembros inferiores con ordenador para generar informes y 1 de miembros superiores (sin ordenador) con fluoroscopia para control radioscópico de reducciones.

- _ Sala de observación con espacio para 5 camas

- _ Almacén

- _ Sala de estar de personal sanitario

La gran mayoría de la patología traumática que requiere tratamiento ortopédico se realiza en la puerta de traumatología. Se considera que el nivel de complejidad es bajo y perfectamente asumible por los residentes en formación de guardia.

Como ya se ha mencionado anteriormente el equipo humano está formado siempre por un mínimo de 5 residentes.

- 1 ó 2 residentes de traumatología. Siempre presentes y responsables de la puerta. Esto deberá garantizarse los días que haya 3 residentes de Traumatología.

- 1 ó 2 residentes de rehabilitación (R1 a R4). Siempre presente.

- 1 residente de familia (R2) y/o un residente de Medicina del trabajo (R2-R3)

- 1 residente de cirugía plástica (R2 durante los 6 meses de su rotación en cirugía de la mano)

Los residentes tienen la posibilidad de consultar con los adjuntos de guardia cualquier incidencia que surja en el devenir de la guardia como se especifica en apartados subsiguientes.

b) Quirófano de urgencias de traumatología:

Se dispone de un quirófano para urgencias quirúrgicas que surjan ubicado en la 1ª planta.

Recientemente se ha puesto en funcionamiento una unidad de reanimación postanestésica que engloba el despertar. En el quirófano de urgencias se realizan las intervenciones quirúrgicas urgentes y requiere un personal con mayor especialización.

El equipo humano del quirófano de urgencias está formado por:

- 1 adjunto de anestesia
- 2 enfermeras de quirófano urgencias
- 1 auxiliar enfermería

1.3 Descripción de las funciones de la guardia

Las funciones que se adscriben al equipo de guardia en su conjunto son las siguientes:

- Atención de todo paciente clasificado a traumatología con patología músculoesquelética (Ver Anexo I)
- Manejo inicial de la patología músculo-esquelética urgente y su derivación según corresponda a centro de salud, centro de especialidades, consultas externas u hospitalización.
- Atención de las posibles incidencias en las plantas de hospitalización del servicio de traumatología y cirugía ortopédica.
- Asistencia a consultas urgentes que puedan surgir en pacientes hospitalizados o ingresados en urgencias de otros servicios.
- Valoración, manejo y apoyo al tratamiento integral del paciente politraumatizado.
- Tratamiento quirúrgico de la patología traumatológica u ortopédica urgente

Graduación de las tareas y responsabilidades en función del año de residencia y/o de la especialidad de origen

La patología que se ve habitualmente en urgencias de traumatología se podría clasificar en 3 grupos en función de su frecuencia y complejidad:

- A.)-Patología músculo-esquelética de complejidad leve (esguinces de tobillos, contusiones, lumbalgias, etc.) constituyen la gran mayoría de los pacientes (80% aproximadamente) que se atienden en la urgencia. Por su complejidad menor esta patología puede ser valorada tanto por residentes de traumatología como por rehabilitación y médicos de familia/trabajo.

- B.)-Patología músculo-esquelética de complejidad media (luxaciones de hombro, fracturas de radio distal, fracturas no desplazadas, fracturas de cadera...) constituyen un porcentaje menor (15-20% aproximadamente) de la asistencia en la urgencia.

Pueden ser manejados por residentes de traumatología y por residentes de rehabilitación o familia que tengan especial interés y cierta experiencia. Deben ser supervisados por un residente mayor o adjunto de traumatología.

· C.)-Patología músculo-esquelética de complejidad mayor (fracturas luxaciones, infecciones posquirúrgicas, pacientes politraumatizados, pacientes con fracturas con indicación quirúrgica...) constituyen un grupo menos numeroso de pacientes que acuden a urgencia (1-5% aproximadamente).

Estos pacientes deben ser manejados por el residente de traumatología y en los casos que sea pertinente (ver punto V y VI) deberá ser valorado conjuntamente con el adjunto de guardia.

La experiencia de los adjuntos y residentes de traumatología que han hecho guardias de puerta de traumatología consideran que con un mínimo de 6 meses de experiencia en la puerta de traumatología ya se pueden manejar las patologías de grupo A y B sin una supervisión inmediata por otro residente mayor o adjunto.

A partir del 3º a 4º año de residencia de traumatología la mayor parte de la patología que se atiende es perfectamente asumible por el residente de traumatología sin necesidad de supervisión inmediata, salvo en los casos indicados en el apartado V y VI que deben ser siempre valorados por el adjunto de guardia.

IV. Descripción de las responsabilidades y tareas del adjunto

1. El adjunto es el responsable de las decisiones tomadas en el manejo de un paciente. En el caso de discrepancias de criterio entre los adjuntos del equipo de guardia, el Jefe de la Guardia tiene la última potestad y por tanto responsabilidad final.

2. Los adjuntos tienen la obligación de estar localizados en todo momento y comunicar a los residentes donde pueden encontrarlos.

3. Supervisión de los residentes de puerta y problemas que puedan surgirles en el desarrollo de sus funciones en la guardia.

4. Establecimiento de criterios de ingreso y tratamiento quirúrgico de patología músculo-esquelética

5. Supervisar que el paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica urgente tiene una evaluación preoperatoria, diagnóstico e indicación quirúrgica adecuada por parte del residente incluyendo consentimiento informado.

6. Contactar con el anestesista de guardia y equipo de quirófano para preparar las necesidades de la intervención.

7. Tratamiento quirúrgico de las urgencias traumatológicas/ortopédicas que surjan en la guardia

8. Los adjuntos tienen la obligación y la responsabilidad de facilitar el acceso de los residentes a dudas que les surjan, evitando hacerles sentir menoscabados.

Deben estimularles a preguntar y a buscar las respuestas a través del estudio y de la experiencia que les pueden aportar.

V. Descripción de las patologías, técnicas y procedimientos que deberán ser realizadas o supervisadas directamente por el adjunto

- Valoración del paciente politraumatizado
- Valoración del paciente que va a ser intervenido de urgencias
- Lesionados medulares
- Fracturas y luxaciones complejas
- Fracturas abiertas

- Toda patología, técnica o procedimiento en el que el residente no se encuentre familiarizado, capacitado o que por su complejidad no pueda resolver de forma autónoma.
- En toda intervención quirúrgica siempre estará presente uno o varios de los adjuntos de guardia.

VI. Descripción de las situaciones, patologías, técnicas o procedimientos por las que deberá ponerse en contacto el residente con el adjunto:

Consideramos que la patología general traumatológica de la urgencia puede ser manejada perfectamente por un residente que haya realizado al menos 35 guardias o un periodo de rotación en la Urgencia de Traumatología.

La figura del residente de trauma en la puerta se convierte así en referencia para los otros participantes (familia y rehabilitación).

El residente debe mantener informado al equipo de guardia de todas las incidencias que se produzca en la guardia y debe de ponerlo en conocimiento y dar parte al adjunto en todas las situaciones que a continuación se relacionan:

- Todo paciente que ingresa desde el servicio de urgencias
- Pacientes politraumatizados
- Fracturas abiertas
- Fracturas vertebrales inestables con afectación neurológica estable o progresiva.
- Fracturas luxaciones, fracturas en niños, síndromes compartimentales, etc.
- Solicitud de traslado de pacientes desde otros centros
- Cualquier situación, patología, técnica o procedimiento en el que el residente no se encuentre capacitado o seguro de poder solucionar de forma autónoma.
- Solicitud de pruebas especiales (TAC, RNM)

VII. Descripción de los procedimientos que garantizan una adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente de guardia

Como es lógico, en el transcurso de la guardia debe existir una comunicación fluida, directa y constante entre los residentes y el equipo de guardia de adjuntos para estar en continuo conocimiento de las incidencias de la guardia. Para ello:

1. Existe un listado donde se especifica qué equipo de adjuntos y qué residentes están de guardia cada día del mes. Este listado, que es fácilmente accesible a los miembros del equipo de guardia, se encuentra en la planta segunda en el tablón de anuncios contiguo al aula Palacios donde se realiza la sesión matinal.
2. En la sesión clínica matinal diaria que se desarrolla en el aula "Palacios Carvajal", ubicada en la segunda planta, se presentan los pacientes ingresados en la guardia del día previo y los que han quedado pendientes de cirugía urgente. A esta sesión debe de acudir al menos uno de los miembros del equipo de guardia.
3. El busca-teléfono del residente de traumatología es 50362. El teléfono de urgencias de traumatología es 8315. Esto permite una fácil localización del residente de guardia y comunicación sobre la situación de la guardia. En la urgencia de traumatología disponen de los teléfonos de los despachos del servicio de Traumatología.
4. La localización de los adjuntos de guardia se realizará por busca-teléfono 50414. Es el residente de traumatología el que debe realizar la comunicación con el equipo de guardia.

5. En caso de que el residente de trauma esté en quirófano, uno de los adjuntos de guardia se quedará el busca. Los residentes de puerta pueden llamar al 50414 siendo entonces atendidos por uno de los adjuntos de guardia que tendrá disponibilidad absoluta para ellos.

6. Los adjuntos tienen la obligación de estar localizados en todo momento y comunicar a los residentes donde pueden encontrarles en caso de que no dispongan de teléfono móvil.

VIII. Descripción de los procedimientos que garanticen un contenido docente derivado de la actividad de las guardias

El pase de guardia en el que se comenta el caso clínico se discuten opciones de tratamiento y se analizan los puntos más controvertidos de cada caso, siempre bajo la tutela de los tutores de residentes y adjuntos que acuden habitualmente a la sesión clínica.

En el caso de que un paciente haya sido operado se valora la indicación, posibles errores y aciertos.

La urgencia permite una progresiva toma de responsabilidades por parte del residente que puede ir modulando en función de su seguridad y conocimientos adquiridos, sabiendo que siempre puede consultar a los adjuntos de guardia.

La urgencia, a pesar de que la gran mayoría de la patología que se atiende es banal, es una fuente de patología traumática que no se ve en otras áreas asistenciales como la consulta o el ambulatorio.

En el caso de traumatología, la urgencia es la base para el aprendizaje de una adecuada anamnesis, exploración, y manejo inicial de toda la patología traumática incluyendo fracturas, luxaciones, inmovilizaciones, tracciones, punciones articulares, tratamiento de heridas sencillas.

En la urgencia se operan con relativa frecuencia fracturas lo que sirve de recuerdo a los residentes que ya han finalizado su rotación por la Sección de Traumatología y que no vuelven a pasar por esta subespecialidad.

Así mismo, mucha de la patología banal atendida en la urgencia, es muy prevalente en la población general y por tanto también se ve como consulta habitual en el centro de salud y centro de especialidades (esguinces, lumbalgias...).

IX. Aspectos organizativos y administrativos (incluye firma de informes)

Los residentes de segundo año realizarán una rotación docente, en turno de mañana, por la urgencia de Traumatología, supervisados por un adjunto encargado de la puerta de traumatología.

Durante el primer año los residentes de traumatología realizarán guardias supervisados directamente por un adjunto que validará sus informes o en su defecto por un residente mayor de la especialidad, al que acompañará en el desarrollo de sus funciones, siendo el residente mayor el encargado de la firma de los informes de los pacientes que atiendan.

La figura del residente mayor de traumatología (de segundo año en adelante) en la puerta se convierte así en referencia para residentes de otras especialidades que realizan guardias en la puerta de traumatología.

En lo que se refiere a ingresos hospitalarios el residente cursa el ingreso bajo la supervisión de uno de los adjuntos del equipo de guardia como ya se ha comentado en apartados anteriores.

X. Procedimiento de evaluación de la actividad del residente en las guardias.

La actitud del residente en la guardia debe ser una parte de la evaluación general del residente. La forma de abordar los casos de la urgencia de forma ordenada, sistematizada y razonada, con base científica, la preparación de cara a la cirugía y su habilidad técnica son un reflejo de cómo se comporta en el desarrollo de su actividad en otras áreas. Además la urgencia permite el contacto del residente con adjuntos del departamento con los que no coincide habitualmente y permite ir conociendo su forma de ser y de afrontar los problemas médico-quirúrgicos.

La forma de presentar los casos clínicos en la sesión matinal así como la indicación basada en la bibliografía permiten al tutor de residentes hacerse una idea de la adquisición progresiva de conocimientos y experiencia que requiere un residente al terminar la residencia.

ANEXO I: CLASIFICACION DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS TRAUMATOLOGÍA

Por consenso y norma de actuación propias de la urgencia del hospital, las siguientes patologías serán clasificados para traumatología:

- Todo paciente con antecedente traumático agudo. La patología no traumática de tipo músculo-esquelético (celulitis, artrosis, artritis inflamatorias, etc.) será valorada en el box de atención rápida, a cargo de la urgencia de medicina.
- Las lumbalgias serán evaluadas inicialmente por traumatología. Si cumplen los criterios de lumbalgia mecánica (95% de los casos) se realizará el tratamiento inicial y derivación. Las lumbalgias que cumplan criterios de patrón inflamatorio serán derivadas a la urgencia de medicina para valoración.
- La patología traumática de la mano es clasificada los días impares a traumatología y los días pares a cirugía general (y en caso necesaria a cirugía plástica).