

## ANNEX II.

### PLA DOCENT

#### **INTRODUCCIÓN**

El Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau tiene la misión de prestar servicios de salud a su área de influencia, está abierto a la sociedad y a su entorno sanitario, y centrado en las personas. Suministra un conjunto de prestaciones que se ofrecen al usuario para dar la mejor atención. Esta atención se define en función de tres premisas:

- 1.- Ha de estar diseñada para dar atención a la demanda de asistencia urgente del entorno, y así garantizar la atención, ofrecer una atención integral y asegurar la continuidad del proceso asistencial
- 2.- Ha de permitir priorizar la asistencia para dar una respuesta adecuada, en tiempo y recursos, atender la situación patológica que presenta el paciente y dar una solución finalista a los casos, para asegurar la continuidad asistencial y una atención correcta a cada proceso.
- 3.- Ha de ser operativa 24 horas al día todos los días del año

El Servicio de Urgencias está constituido por 4 áreas clínicas: la Unidad de Urgencias, la Unidad de Estancia Corta (y Dispensario de Soporte a Urgencias), Unidad de Semicríticos y Obtención de Órganos y Tejidos

La organización de Urgencias está enfocada al control de flujos internos y externos para regular la saturación, y a la contención del ingreso hospitalario. Esto se logra a partir de:

- 1) Una alta capacidad de resolución diagnóstica y terapéutica. En esta capacidad de resolución son puntos clave la capacidad técnica de los profesionales expertos de urgencias, el acceso a exploraciones diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad desde urgencias, y la relación y colaboración establecida con las especialidades que contribuyen a la toma de decisiones.
-

2)La interrelación entre las diferentes áreas del servicio: la Unidad de Urgencias es la puerta de entrada de los pacientes adultos que requieren asistencia urgente, y cuenta con la Unidad de Estancia Corta y de Semicríticos como elementos que contribuyen, mediante la regulación de flujos internos, a controlar la saturación. El Dispensario o Consulta de Soporte a Urgencias, integrado en la Unidad de Estancia Corta, facilita altas precoces y la ambulatorización de ciertos procesos.

3)La derivación de pacientes directamente desde urgencias a centros asociados. Los pacientes, una vez atendidos y diagnosticados, y tras confirmarse que no precisan un entorno hospitalario de tercer nivel, son remitidos a centros socio sanitarios con los que se han construido convenios de colaboración.

El Servicio cuenta con una plantilla amplia, formada por especialistas experimentados, y en muchos casos, relacionados con la Facultad de Medicina.

## **PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN, NIVELES DE RESPONSABILIDAD EN EL ÁREA DE URGENCIAS**

Este documento describe el protocolo de supervisión y los objetivos docentes de la actividad en Urgencias para los residentes de Área Médica, y es un anexo al “PROTOCOL DE SUPERVISIÓ, NIVELLS DE RESPONSABILITAT I OBJECTIUS DOCENTS A LES GUÀRDIES D’URGÈNCIES” que fue consensuado con el Servicio de Urgencias y aprobado por la Comisión de Docencia en Marzo del 2012.

El programa de formación sanitaria especializada (FSE) se basa principalmente en el aprendizaje tutelado, de manera que el residente vaya adquiriendo de forma progresiva experiencia en la toma de decisiones y en la aplicación de tratamientos. El Real Decreto 183/2008 publicado en febrero del 2008 insiste en la necesidad de establecer un sistema de supervisión progresivo, para que el residente vaya adquiriendo autonomía, y es preciso delimitar los niveles de responsabilidad para cada año de residencia, y para cada técnica o área de conocimiento. Contempla que todos los médicos internos residentes deben ser supervisados durante la realización de las guardias o rotaciones, siendo el grado de supervisión decreciente en dependencia del año de residencia, y adecuado a su progresiva adquisición de conocimientos, experiencia y responsabilidad. Así, a nivel de R1, la supervisión ha de ser de presencia física, y posteriormente hay una disminución progresiva de la supervisión y un aumento paralelo del nivel de responsabilidad, que debe irse individualizando según la evolución de cada residente y a criterio de su tutor.

En el área de urgencias, dada la trascendencia de la actuación del residente, el protocolo de supervisión es genérico para todos los residentes, y ha sido discutido y aprobado por la comisión de docencia.

El MIR no debe ser considerado como un estudiante avanzado de medicina, dado que es un médico. Su derecho es el de recibir docencia y supervisión y, su deber, prestar una labor asistencial adecuada a su grado de capacitación.

Los niveles de responsabilidad y de habilidades a conseguir están divididos en diversos niveles que se detallan a continuación:

Nivel 1: actividades realizadas directamente por los residentes, sin necesidad de una autorización directa. El residente ejecuta, posteriormente informa.

Nivel 2: actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del adjunto.

Nivel 3: actividades realizadas por el personal sanitario del centro y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente.

Durante el primer año, el residente estará siempre supervisado físicamente, y no puede firmar documentos de alta, certificados ni otros documentos importantes, tal como establece el Real Decreto. El nivel de responsabilidad será de 2-3 para la mayoría de las actuaciones.

A partir del segundo año, los residentes siguen teniendo marcados unos objetivos docentes específicos, con un grado de supervisión decreciente y un mayor nivel de autonomía. Sin embargo, estos objetivos se revisan anualmente, según la evolución de cada residente. Así, dentro de la evaluación anual de los residentes, las guardias en urgencias son valoradas como una rotación equivalente a un mes de duración, y se requiere la de esta rotación para poder pasar a realizar guardias en un punto de guardia de residente mayor. La sistemática es la misma para aquellos residentes de especialidades médicas que sigan haciendo guardias en urgencias después de R2. (medicina interna, reumatología, geriatría, endocrinología): Evaluación de las aptitudes de los residentes y si están capacitados pasan o no a formar parte del punto de R grande de Urgencias.

Niveles de responsabilidad general para todos los residentes:

Habilidad	R1	R2
Anamnesis completa	1	1
Exploración física	2-1	1
Realización H <sup>a</sup> C <sup>a</sup> completa	1	1
Solicitar exploraciones complementarias	2-1	2-1
Valoración gravedad	3-2	2
Orientación diagnóstica	2-1	1
Presentación e información a paciente y familia	2-1	2-1
Interpretar exploraciones complementarias básicas	2-1	2-1
Interpretar exploraciones complementarias específicas	3	2
RCP básica	3-2	3-2
Abordajes venosos	3-2	3-2
Colocación vías centrales	3-2	2
Sondaje vesical y NG	3-2	2
Conocimiento y utilización de monitores	3-2	2
Decidir tratamiento y estrategia específica	3-2	2
Realizar informe de alta o ingreso	3-2	2
Toma de decisión destino paciente: alta o ingreso	3	3-2

Niveles de responsabilidad específicos para residentes de área médica:

Habilidad	R1	R2	R3	R4
Realizar una valoración de gravedad del paciente	2	2	1	1
Realizar una anamnesis completa	1	1	1	1
Realizar una exploración física completa	2-1	1	1	1
Realizar diagnóstico diferencial y orientación diagnóstica	2	2-1	1	1
Solicitar las explora. complementarias necesarias para confirmar / descartar la orientación diagnóstica	2-1	1	1	1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas: analítica, ECG, Rx tórax, Rx abdomen	2-1	2-1	2-1	1
Interpretar explor. Complementarias específicas	3	2	2-1	2-1
Actividades instrumentales (punciones)	3-2	2-1	1	1
Proporcionar información a los familiares del estado del paciente	3-1	2-1	1	1
Toma decisión del destino del paciente: alta o ingresos	3	2	2-1	1
Atender situaciones de urgencia intrahospitalaria	3	3	2	2-1
Afrontar situaciones de 'estado terminal del paciente	3	3	3-2	2-1

## **OBJETIVOS DOCENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS**

De forma general los objetivos docentes de la actividad del Servicio de Urgencias son:

- Adquirir los conocimientos para poder identificar la patología potencialmente grave que requiere de una actuación inmediata.
- Mejorar la capacitación para la atención de enfermos con patología aguda: Iniciarse en la práctica asistencial en la patología tanto médica como quirúrgica de aparición aguda: establecimiento del diagnóstico, tratamiento y orientación del seguimiento posterior.
- Contribuir en la formación docente del residente en:
  - Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos
  - Alcanzar la necesaria seguridad en la toma de decisiones clínicas

### **1) RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN URGENCIAS**

#### **1.1) Objetivos Docentes (¿Qué Aprender?)**

El principal objetivo es el de iniciarse en la práctica asistencial del carácter urgente, y especialmente deben adquirirse los conocimientos para poder identificar la patología grave, que requiere una respuesta inmediata. En su actuación en el Servicio de Urgencias el facultativo residente complementa las habilidades y competencias conseguidas en las diferentes rotaciones clínicas, relacionadas con la realización de la anamnesis y exploración física, utilización racional e interpretación de las técnicas diagnósticas más habituales. De forma progresiva debe desarrollar competencias y habilidades en el trato con el paciente, con los familiares y con los compañeros.

En la Unidad de Urgencias, el período de aprendizaje comprende el mes de rotación establecido desde docencia y todo el tiempo en forma de guardias que el residente

realice en el servicio de urgencias. Al final del primer año, se elaborará una evaluación que se remitirá a docencia. La rotación en la Unidad de Estancia Corta se contempla como otra rotación, y como tal es evaluada a parte.

En concreto, los principales objetivos docentes a alcanzar durante éste período son:

1) Habilidades médicas 1: Método clínico

-Anamnesis y exploración física fiable (Nivel 1-2)

Realizar la anamnesis correctamente

Identificación clara del motivo de consulta

Desarrollo de la enfermedad actual

Reconocimiento de los antecedentes familiares y patológicos

Redacción correcta de los datos obtenidos, de cursos clínicos y de la epicrisis.

Técnicas de exploración por aparatos y sistemas

-Discernir signos y síntomas de gravedad en los pacientes que acuden a urgencias (Nivel 1-2)

-Definir y orientar los distintos problemas de los pacientes (Nivel 2-3)

-Uso racional de las técnicas diagnósticas más habituales y su correcta interpretación (analítica básica, radiología básica) (Nivel 2-3)

-Iniciarse en el Diagnóstico Diferencial (Nivel 2-3)

-Iniciarse en la planificación de un correcto plan diagnóstico (Nivel 2-3)

-Iniciarse en la planificar un correcto plan terapéutico (Nivel 2-3)

2) Habilidades médicas 2: Conocimientos Específicos

-Reconocer anomalías electrocardiográficas, en especial arritmias y trazados electrocardiográficos compatibles con cardiopatía isquémica (Nivel 2-3)

-Conocimiento básico de la vía aérea (Nivel 2-3)

-Reanimación cardiopulmonar básica (Nivel 2-3)

-Manejo de la actitud terapéutica de las principales patologías urgentes (Nivel 2-3)

-Enfoque del paciente geriátrico en urgencias (Nivel 2-3)

-Indicar las medidas terapéuticas pertinentes para cada caso y establecer prioridades terapéuticas (Nivel 2-3)

- Conocer las técnicas básicas de soporte respiratorio y hemodinámica (en especial oxigenoterapia y fluidoterapia (Nivel 2-3)
- Establecer criterios de alta y de derivación de pacientes (Nivel 3)
- Conocimiento de conceptos básicos en el entorno de la donación de órganos y tejidos

### 3) Habilidades Emocionales y de Relación

- Saber presentarse e informar al paciente y familiares (Nivel 1-2)
- Trabajo en equipo (relación con el equipo en que se integra y enfermería) (Nivel 1)
- Relación con el paciente y su entorno (Nivel 1-2)
- Manejo del tiempo y organización de su trabajo (Nivel 1)
- Cumplimentación correcta de los distintos impresos necesarios para la asistencia de los pacientes, y entender la importancia de la cumplimentación correcta. Preparación y participación en sesiones clínicas (Nivel 2-3)

### 4) Habilidades Técnicas

- Punción venosa (Nivel 1-2)
- Punción arterial (Nivel 1-2)
- Suturas simples de heridas (Nivel 1-2)
- Iniciarse en la realización de toracocentesis, paracentesis , punciones lumbares y artrocentesis (Nivel 1-2)
- Conocimiento y utilización de monitores, desfibriladores, pulsioxímetros, electrocardiograma. (Nivel 1-2)

## 1.2) Método (¿Cómo Aprender?)

La adquisición de responsabilidades es progresiva, y

1.2.1.-Se hace mediante asistencia clínica supervisada con responsabilidad progresiva y cumplimiento de un programa de conocimientos. A continuación se detallan las actividades a realizar para cada año de residencia.

1.2.2.-Se apoya en sesiones clínicas: Durante el periodo de rotación, el residente deberá asistir a las sesiones generales del Servicio de Urgencias (Jueves a las 8.00

en el área de trabajo) y las sesiones específicas para residentes (Martes y Jueves de 15.40 a 16.30h). Las sesiones específicas de residentes están pensadas para la participación de todos los residentes de primer año. Están asignadas a los adjuntos del servicio, que realizarán funciones de tutoría de la misma. Durante las sesiones se abordarán temas concretos, se discutirán casos concretos que serán expuestos por los adjuntos o por los propios residentes.

### **-RESIDENTES DE PRIMER AÑO**

La asistencia clínica será siempre supervisada en presencia por un adjunto. Las funciones del Residente de primer año son:

- Atender a los pacientes que acudan a la unidad. Inicialmente se le asignarán preferentemente los pacientes menos complejos.
- Realizar una historia clínica correcta
- Emitir un juicio clínico de presunción
- Como norma, deberán consultar previamente la pertinencia de pruebas complementarias, tratamientos e interconsultas a otros especialistas con el médico adjunto o con un MIR más experimentado
- Todos los informes de alta, partes judiciales, partes de defunción y otros documentos médico-legales que emitan deberán ser supervisados y firmados por un médico adjunto
- Informar al enfermo y a los familiares, tras consensuar con el adjunto
- Elaborar los informes de alta de los pacientes que atiendan, que serán siempre supervisados y firmados por el adjunto responsable
- Emitir las recetas que vengan explicitadas en el informe de alta firmado por el adjunto

### **-RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO**

Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva de forma que le serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.

Deberán saber realizar una historia clínica correcta, elaborar un juicio clínico, pedir las pruebas complementarias pertinentes (excepto Ecografías y TAC que precisan ser comentadas con el adjunto antes de su solicitud) y definir una pauta terapéutica según su nivel de conocimiento.

Deben poder derivar a consultas de especializada previa consulta con un adjunto y asesorar a los MIR de primer año.

Por tanto, como se ha dicho, se les supervisará obligatoriamente la solicitud de ciertas pruebas complementarias como ecografía y TAC y la derivación de pacientes a consultas especializadas. Se les supervisará directamente todo paciente crítico, conflictivo y judicial. Los adjuntos estarán disponibles, en general, como consultores y/o supervisores. Siempre, los residentes de segundo año solicitarán la supervisión de su labor asistencial por parte de los médicos adjuntos cuando lo juzguen necesario.

#### **-RESIDENTES DE TERCER Y CUARTO AÑO**

Serán capaces de realizar una correcta historia clínica, solicitar pruebas complementarias, indicar tratamiento y realizar interconsultas de manera autónoma.

Deberán ser capaces de adoptar decisiones clínicas de forma autónoma, asimilándose progresivamente a un médico adjunto.

Podrán atender autónomamente todos los pacientes excepto los críticos para los que deberán estar directamente supervisados por el adjunto responsable.

Los MIR, independientemente de su año formativo, y en el servicio de urgencias, no pueden indicar ingresos hospitalarios. Esta función corresponde de forma exclusiva a los médicos adjuntos.

Los adjuntos estarán disponibles como consultores y/o supervisores de los residentes, cuando éstos lo crean oportuno y supervisarán directamente todos los pacientes críticos que sean atendidos por estos residentes. Todos los residentes deberán consultar los pacientes candidatos al ingreso. El informe de los pacientes ingresados deberá ser firmado por el residente y por el médico adjunto que ha decidido el ingreso.

#### **-RESIDENTES DE QUINTO AÑO**

Atender autónomamente todos los pacientes y adoptar decisiones clínicas de forma autónoma, incluidos los críticos, aunque para éstos se mantendrán directamente supervisados por el adjunto responsable. También, participaran en las decisiones de

ingreso hospitalario o derivación a otros centros de pacientes. Solicitaran la supervisión del adjunto cuando lo juzguen necesario.