

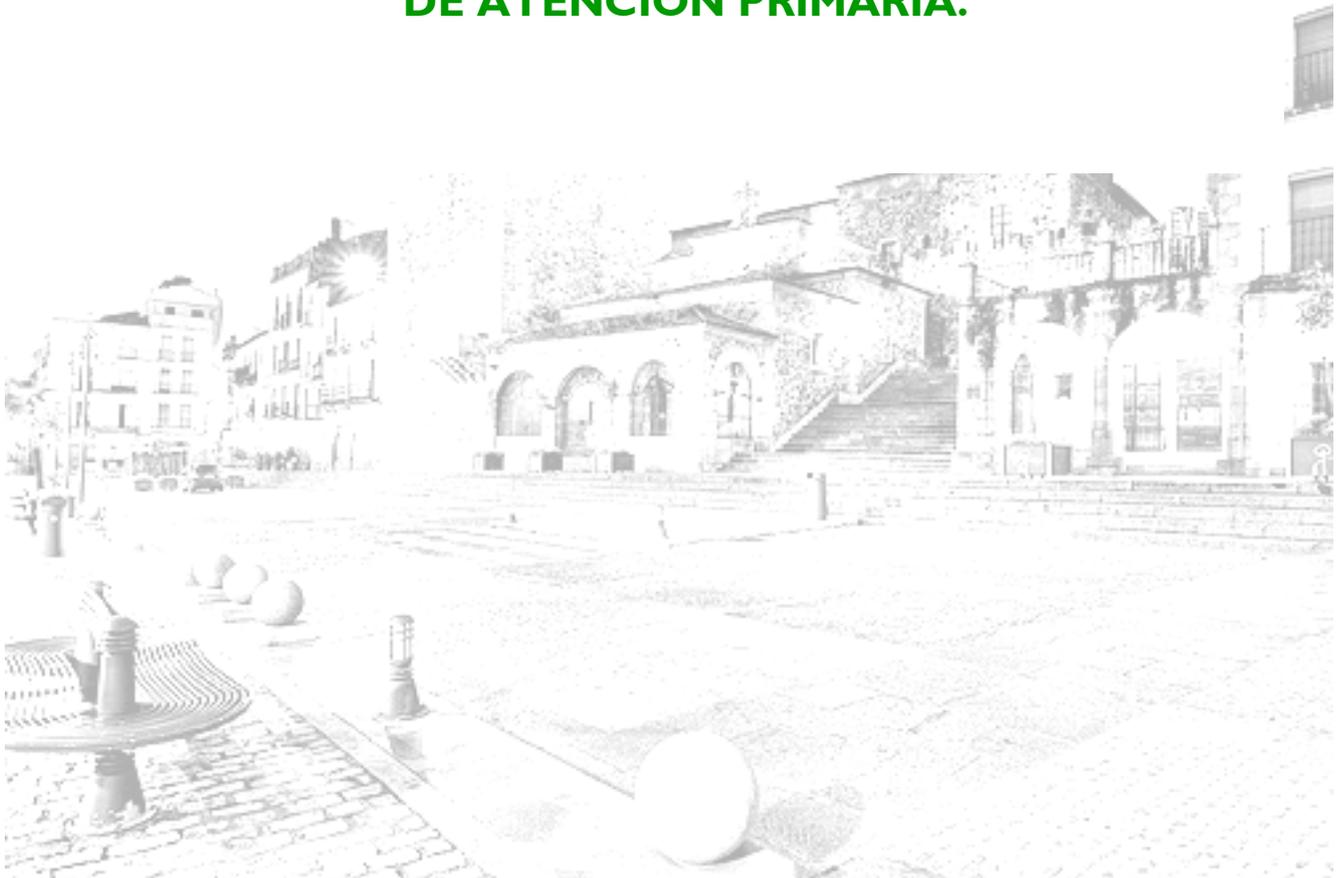


UNIDAD DOCENTE
MULTIPROFESIONAL
AFYC CÁCERES



PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

ÁREA DE URGENCIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA DE ATENCIÓN PRIMARIA.



Cáceres 2 de Marzo 2017

PROTOCOLO SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL ÁREA DE URGENCIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La participación de los residentes en la atención continuada de los enfermos se deriva de los dos aspectos, docente y laboral, que definen su vinculación de la Gerencia de Atención Primaria.

Por una parte, las guardias cumplen una labor formativa encaminada al aprendizaje del manejo de las situaciones de urgencia y de la atención continuada del enfermo, por otra, el residente está obligado a colaborar en las labores asistenciales de Atención Primaria, como contempla su contrato de trabajo en prácticas y por las que, en el caso de las guardias recibe remuneración específica.

La formación del residente implica que asuma responsabilidades progresivas tanto en las rotaciones obligatorias de su especialidad como en las guardias realizadas en los Servicios de Urgencias. Este nivel de responsabilidad supone también que la supervisión será decreciente a medida que se avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria como especialista.

Los objetivos docentes para el médico residente de la actividad del Servicio de Urgencias serán:

- . Adquirir agilidad y soltura en el manejo de los pacientes con enfermedad aguda.
- . Adquirir habilidades para la orientación rápida de los pacientes con síntomas agudos.
- . Adquirir destreza diagnóstica para clasificar de forma ágil el grado de severidad de la enfermedad aguda.
- . Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- . Alcanzar la necesaria seguridad e incrementar su nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas en el manejo de los pacientes.
- . Adquirir conocimientos y habilidades para la adecuada derivación a otros niveles asistenciales de los pacientes que lo precisen.
- . Establecer en una comunicación efectiva y relación terapéuticas con el paciente agudo y su familia.
- . Adquirir criterios para la utilización correcta y racional de recursos sanitarios

- . Las competencias clínicas avanzadas para el profesional residente en enfermería en el ámbito familiar y comunitario y en la Atención ante Urgencias y Emergencias son:

- . Actuar individualmente y/o en equipo en situaciones de urgencia.
- . Colaborar en la prevención e intervención en situaciones de urgencias y emergencias.

- . Manejar eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario.
- . Garantizar la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones derivadas de la situación de urgencias en el ámbito comunitario.
- . Atiende a la familia y entorno en situaciones de emergencia.
- . Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades.
- . Colabora en los dispositivos de actuación ante emergencias.
- . Adquirir agilidad y soltura en el manejo de los pacientes con enfermedad aguda.
- . Adquirir habilidades para la orientación rápida de los pacientes con síntomas agudos.
- . Alcanzar la necesaria seguridad e incrementar su nivel de responsabilidad en el manejo de los pacientes.
- . Realizar técnicas para la ejecución de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas.
- . Adquirir conocimientos para el uso de fármacos, productos sanitarios y abordajes terapéuticos.
- . Adquirir responsabilidad en la optimización de los recursos sanitarios.
- . Conocer y activar los canales de derivación necesarios.
- . Establecer en su comunicación efectiva y relación terapéuticas con el paciente agudo y su familia.

El gran número de pacientes y la diversidad de situaciones que se viven en el Servicio de Urgencias convierten a éste en uno de los pilares de los profesionales de la enfermería familiar y comunitaria.

CONTEXTO LEGAL

Todas las recomendaciones sobre la supervisión y la responsabilidad progresiva del residente se enmarcan en el Real Decreto 183/2008, en sus artículos 14 y 15

Capítulo V, artículo 14. El deber general de supervisión (Norma Básica).

“... toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales”

“...deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes”.

Capítulo V, artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.

Punto 1

*“El sistema de residencia al que se refiere el **artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud”*

Punto 3

“La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o presentando servicios de atención continuada”.

“Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”

Punto 4

“La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presenten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias”.

“En todo caso, el residente, tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario”.

Punto 5

“Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés”.

“Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica”

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Las actividades a desarrollar durante la formación, por el sistema de residencia conllevan la adquisición de un nivel de responsabilidad progresivamente mayor a medida que se avanza en el programa formativo. A estos efectos se distinguen tres niveles de responsabilidad.

MÉDICO RESIDENTE

NIVEL I. Actuaciones clínicas de forma independiente sin necesidad de tutorización. El residente ejecuta y después informa. El tutor o facultativo asume las funciones responsables de la guardia y será el interlocutor con las autoridades sanitarias y del orden público.

NIVEL II: El residente tiene conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar su actividad con independencia, por lo que debe realizarse bajo supervisión del tutor o facultativos. Dicha supervisión será decreciente en función de la adquisición de competencias del residente.

NIVEL III: Toda la actividad asistencial del residente será supervisada por el tutor o facultativos del servicio de urgencias.

ENFERMERO RESIDENTE

NIVEL I. Actuaciones clínicas realizadas por el residente de forma independiente sin necesidad de autorización. El residente ejecuta y después informa. (**Independiente**).

NIVEL II: Actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor/personal del centro. Dicha supervisión será decreciente en función de la adquisición de competencias del residente. (**Supervisión**).

NIVEL III: Actividades realizadas por el personal sanitario del Centro observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente (**Observación y supervisión**).

LAS FUNCIONES DEL RESIDENTE

Estas funciones variarán a lo largo de los períodos de residencia, según la adquisición de conocimientos, experiencia y responsabilidad.

MÉDICO RESIDENTE

Médicos Residentes de 1º año- MIR I:

- Realizar una correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo.
- Emitir un juicio clínico de presunción.
- Elaborar el plan de actuación con el paciente después del juicio clínico.
- Cumplimentarán los partes judiciales y la documentación que sea necesaria, contando con el asesoramiento del adjunto.
- Al finalizar el primer año deberá ser capaz de realizar estas actividades sin necesidad de consultar, y ser capaces de valorar los riesgos y los beneficios antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.
- Durante el primer año de residencia, como norma, no deberán solicitar pruebas complementarias, iniciar un tratamiento, dar un alta o derivar a un paciente sin consultar al Adjunto de Guardia.

Médicos Residentes de 2º y 3º año- MIR 2-3

- Serán capaces de valorar y tratar a los pacientes que lleguen a urgencias.
- Tendrán capacidad de solicitar pruebas complementarias siempre y cuando así lo estimen oportuno para el diagnóstico del paciente.
- Podrán decidir el alta del paciente o su derivación al hospital, compartirán estas decisiones con el adjunto de puerta.

Médicos Residentes de 4º año- MIR 4

- Deberán ser plenamente responsables de su actividad clínica durante la guardia.
- Cuando se presenten situaciones con enfermos críticos todas las maniobras y actividades se realizarán con la colaboración del adjunto de guardia.
- En situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez, el residente lo pondrá en conocimiento del adjunto de urgencias, este último es quien asume las funciones de responsables de la guardia.
- Colaborar en la supervisión de los residentes de años inferiores, ejerciendo una función de consultar con dichos compañeros.

ENFERMERO RESIDENTE

Los dos años de rotación se distribuirán en tres niveles.

Enfermeros residentes nivel 1. EIR I.

Primeros cuatro meses de rotación:

- Realizar una correcta valoración inicial al paciente agudo.
- Comprender los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados en el paciente con enfermedad aguda.

Enfermeros residentes nivel 2. EIR I.

A partir del quinto mes hasta completar el primer año de residencia.

- Valorar inicialmente al paciente agudo y activar los canales de derivación necesarios.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios.
- Informar y educar a los pacientes.
- Participar en exámenes y tratamientos y, en algunos casos los lleva a cabo.
- Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en las situaciones de urgencias y emergencias.
- Realizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico.

Enfermeros residentes nivel 3. EIR 2.

Segundo año de residencia.

Deberán ser plenamente responsables de su actividad clínica durante la guardia.

- Realizar exámenes y tratamientos.
- Realizar con destreza y seguridad las intervenciones terapéuticas y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología simple y compleja.
- Realizar, colaborando con el personal de guardia, la atención a enfermos críticos.
- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
- Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las repuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
- Prestar atención integral a la persona para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y adquieran hábitos de vida saludables.
- Elaborar y aplicar medidas para mejorar la salud y prevenir la aparición de problemas de salud en los individuos, en las familiar y comunidades.
- Formular, implementar y evaluar los estándares, quías de acción y protocolos específicos para garantizar la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones.
- Adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación con el Código Deontológico de la Enfermería.
- Planificar el trabajo, trabajar en grupo y colaborar con otras categorías en los dispositivos de actuación de urgencias y emergencias.

NORMAS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LAS GUARDIAS

Puntualidad:

Es imprescindible incorporarse a la guardia puntualmente.

Debe abandonar la labor asistencial a las 14: 00h con el fin de acudir a las guardias a las 15:00 horas.

Quedará constancia en registro de firmas oficial de la asistencia a la guardia junto con la del facultativo presente en modelo similar al Anexo II

Bajas por enfermedad.

Ante una situación de enfermedad que impida cumplir con las obligaciones laborales, los residentes, al igual que el resto de trabajadores, tienen la obligación de comunicarlo con la mayor brevedad posible a sus responsables. Este deber es independiente del plazo legal del que se dispone para hacer llegar el correspondiente parte de baja en el Departamento de Personal de la Gerencia de Atención Primaria.

El residente enfermo comunicará su imposibilidad de asistir a la guardia en función de las circunstancias, según este procedimiento:

Si enferma en horario laboral, antes de las 15:30 horas, comunicará su situación a la Unidad Docente y al responsable de urgencias del servicio donde en ese momento realiza las guardias. En caso de que las circunstancias de la enfermedad le impidan cumplir también con la actividad propia de la rotación, también deberá notificarlo a su tutor/a.

Si se enferma una vez finalizada la jornada laboral, durante le fin de semana o festivo, lo comunicará al responsable del servicio de urgencias donde debería realizar la guardia (Médico del servicio de urgencias de atención primaria/ jefe de la guardia en servicio de urgencias hospitalario). En caso de ausencia en la guardia de Atención Primaria, lo comunicará también al Directivo de Guardia a través el 112. Asimismo, lo hará saber a la coordinación de la Unidad Docente Multiprofesional, en la primera jornada laboral hábil.

Recuperación de las guardias/ atención continuada

Se recomienda recuperar los períodos formativos de atención continuada coincidentes con incapacidad temporal, independientemente de la causa, en los meses posteriores. En caso de ausencias prolongadas que no sólo afecten al cumplimiento de las guardias, sino también al plan de rotaciones, se establecerá un plan de recuperación global.

Cambio de guardia

El calendario de guardias se ha de considerar definitivo desde el momento de la difusión por medio electrónico o papel. Cualquier cambio de guardia deberá ser solicitado por escrito a la Unidad Docente. Todos los implicados en el cambio deberán firmar el formulario destinado a este fin (Anexo III).

Cuando el cambio se solicita por necesidades del servicio, será el responsable de urgencias de dicho servicio quien además lo justifique en el mismo formulario.

La solicitud del cambio de guardia no implica su autorización. Es el Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional quien dará el visto bueno.

Responsabilidad y supervisión en Servicios de Urgencias Hospitalarios

El residente de Atención Familia y Comunitaria, que en virtud de los recogido en el Programa Oficial de la Especialidad y su programa individual de formación, realice guardias en los Servicios de Urgencia Hospitalarios, asumirá los protocolos e supervisión aprobados por las Comisiones de Docencia hospitalarias, de acuerdo con el criterio de la Comisión de Docencia Multidisciplinar.

Evaluación y régimen disciplinario

Los residentes de Atención Familiar y Comunitaria que incumplan, sin causa justificada, el calendario previsto de guardias, incurrirán en una doble responsabilidad disciplinaria, docente y laboral, derivada de su vinculación contractual con la Gerencia de Atención Primaria.

La clasificación de la falta y la competencia para la imposición de sanciones disciplinarias corresponde a la Gerencia de Atención Primaria, órgano competente de la institución sanitaria de la que depende la Unidad Docente (RD 1143/2006, capítulo III, artículos 12 al 16).

La inasistencia a la guardia conlleva su recuperación con independencia de la posible repercusión que pudiera tener sobre la evaluación anual.

Cuando las faltas de asistencia no justificadas seas reiteradas conllevarán evaluación anual negativa no susceptible de recuperación, supuesto recogido en el artículo 22, R.D. 183/2008, apartado 3.

ANEXO III

DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN CONTINUADA

CAMBIO DE GUARDIA

D/D^a _____, residente de
_____ año de la especialidad de _____ CAMBIO LA GUARDIA
del día _____ en el Servicio de Urgencias del Hospital
_____ por la del día _____ en el Servicio de
Urgencias del Hospital _____, con D/D^a
_____, residente de _____ año de la
especialidad de _____, quedando de la siguiente forma:

Día	Centro Salud/Hospital/ Otro Dispositivo Docente	D/D ^a

Cáceres , a _____ de _____ de _____