

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN URGENCIAS

UDM de Salud Mental

Fundació Hospitalàries Martorell

Autores: Àgueda Solivellas (Tutora MIR)

Paul Ivanov (Tutor MIR)

Fecha redacción: 07.02.2025

Fecha aprobación Comisión de Docencia: 19.02.25

ÍNDICE

1.	Introducción.....	3
2.	Atención en urgencias: objetivos formativos.....	4
3.	Niveles de supervisión de residentes en urgencias.....	6
4.	Anexos	9

1. Introducción

La supervisión de la formación del MIR es inherente al sistema de formación postgrado de nuestro país, y se regula a partir de la publicación del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Este Decreto recoge de forma taxativa la necesidad de existencia en cada centro de un plan de supervisión de la responsabilidad progresiva del residente en el que se recoja de forma explícita la asunción progresiva de responsabilidades de la especialidad, y se indica de forma textual:

"La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicio de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistencias en las que intervengan los residentes de primer año".

Y también como refleja la Orden PCM/205/2023, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría

"De forma general y con respecto a la adquisición de las competencias relacionadas con las patologías urgentes, los residentes realizarán entre tres y cuatro guardias al mes, contemplándose las urgencias hospitalarias generales solo en el primer año de formación".

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten 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.

Las mencionadas normativas adjudican a las comisiones de docencia locales la elaboración del plan de supervisión, y es por ello que se propone el siguiente protocolo de supervisión de los residentes en el Servicio de Urgencias, por ser esta un área de las de mayor actividad formativa dentro del Centro. El presente protocolo se ha elaborado a partir del propio Real Decreto, de documentos previos y de la aportación de otros protocolos vigentes en diferentes centros.

2. Atención en urgencias: objetivos formativos

La actividad en urgencias por parte de los MIR representa uno de los pilares fundamentales de su etapa formativa y los objetivos docentes de dicha actividad estarán encaminados a la consecución de las competencias y habilidades adecuadas para el manejo de los enfermos que acudan a dicho servicio, aumentando su destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos, y alcanzando de forma progresiva la necesaria seguridad y responsabilidad en las decisiones terapéuticas de los pacientes.

Los requisitos mínimos esenciales que el residente debe alcanzar, y que serán objeto de evaluación, se centran en siete grandes dominios o categorías de competencias:

1) Profesionalidad: valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética.

- Demuestra integridad, acepta su responsabilidad, cumple las tareas.
- Trabaja dentro de los límites de sus capacidades, pide ayuda cuando es necesario.
- Demuestra respeto e interés por los pacientes y sus familiares.
- Es puntual y cumple el horario de trabajo.

2) Cuidados del paciente y habilidades clínicas:

- Obtiene una historia clínica y examen completos, solicita las pruebas diagnósticas necesarias e integra la información para un correcto diagnóstico diferencial.
- Planifica un plan de tratamiento adecuado.
- Demuestra destreza en la realización de procedimientos técnicos a su nivel.

3) Comunicación:

- Comunicación efectiva y adecuada con pacientes y familiares.
- Comunicación adecuada con otros miembros del equipo de trabajo y con el resto de personal sanitario.

4) Conocimientos médicos:

- Estar actualizado en conocimientos clínicos.
- Explora y pregunta con rigor
- Utilizar el conocimiento y el pensamiento analítico para resolver problemas clínicos.
- Demuestra juicios clínicos adecuados.

5) Práctica basada en el contexto del sistema de salud (salud pública y sistemas sanitarios):

- Usa racionalmente los recursos sanitarios.
- Trabaja para garantizar la seguridad del paciente, identificando causas de errores.
- Sigue las guías habituales de práctica clínica (protocolos).

6) Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua (análisis crítico y autoaprendizaje):

- Valora críticamente la literatura científica y utiliza la evidencia científica disponible para el cuidado de los pacientes.
- Autoevalúa su práctica clínica y cambia comportamientos si es necesario.
- Facilita y colabora en el aprendizaje de los compañeros del equipo de trabajo.

7) Manejo de la información:

- Busca, interpreta y aplica adecuadamente la información clínica y científica.

3. Niveles de supervisión de residentes en urgencias

La supervisión del MIR en Urgencias seguirá una progresión descendente a medida que aumenta la capacitación y la responsabilidad del propio MIR. Siempre en última instancia, la supervisión será efectuada por profesionales de la plantilla de Urgencias.

En cuanto al año de formación, el MIR de primer año, independientemente de la especialidad, será siempre supervisado físicamente y requerirá siempre la firma del médico adjunto en informes de altas, ingresos, solicitud de pruebas complementarias u otros documentos tal como establece el Real Decreto 183/2008.

Cada R1 tiene asignado un adjunto de guardia encargado de supervisarle y aclarar sus dudas.

El nivel de competencias y responsabilidad se modifica conforme pasan los meses del primer año. Al inicio de su rotación/guardias, observa y asiste la actuación del adjunto. De forma gradual, a medida que avanza en su nivel de competencia, aumenta su nivel de autonomía. No obstante, la supervisión de la orientación diagnóstica, decisión de ingreso/alta, las llamadas/interconsultas a otros profesionales, los tratamientos y la indicación de exploraciones complementarias será obligada.

A partir del segundo año no será necesaria la presencia del adjunto de urgencias en los actos médicos realizados por dichos residentes, salvo en situaciones que, por sus características puedan ser consideradas extraordinarias. Se les supervisará presencial y directamente todo paciente crítico, conflictivo y judicial. Los adjuntos estarán disponibles, en general, como consultores y/o supervisores.

En los niveles de R3 y R4, la responsabilidad del residente se irá acercando a la máxima esperada en un especialista. La Comisión de Docencia evaluará las competencias mediante informes del Tutor/a validados por la Jefatura de Estudios. La presencia física del adjunto de Urgencias puede convertirse en presencia localizable en función del grado de madurez y conocimientos alcanzado por el residente. La localización del adjunto se considera que está a una distancia máxima de UNA HORA del servicio de Urgencias.

Se establecen los siguientes **niveles de supervisión**:

Nivel 1	Supervisión a demanda	El residente realiza los procedimientos/actuaciones sin presencia expresa del adjunto. Primero los realiza y posteriormente informa al adjunto responsable
Nivel 2	Supervisión directa	El residente realiza los procedimientos/actuaciones con la supervisión directa del adjunto.

Nivel 3	Supervisión máxima	El residente observa y asiste la actuación del adjunto que es quien realiza el procedimiento/actuación médica
----------------	---------------------------	---

Cada nivel supone una adquisición progresiva del **conocimiento** en Urgencias según la siguiente tabla:

Nivel de Supervisión N1	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de las patologías prevalentes en urgencias psiquiátricas • Gestión del paciente agudo con criterios de derivación hacia el nivel asistencial adecuado • Coordinación con otros profesionales asistenciales, internos y externos • Aplicación de programas especiales (CRS y PAE-TPI) si es necesario
Nivel de Supervisión N2	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo una entrevista clínica de calidad para la realización de una valoración clínica eficaz, compartiendo la toma de decisiones con los pacientes y sus familias • Conocer el manejo básico de las patologías prevalentes en urgencias psiquiátricas • Orientación del paciente agudo hacia el nivel asistencial adecuado (ingreso, derivación) • Manejo adecuado de las recomendaciones psicofarmacológicas más utilizadas en urgencias • Realizar interconsultas a otros especialistas de guardia. Conocer las indicaciones de las pruebas complementarias de laboratorio e imagen más habituales en urgencias psiquiátricas • Utilización racional ajustada a protocolo de los recursos diagnósticos y terapéuticos • Conocimiento de programas especiales (CRS y PAE-TPI)
Nivel de Supervisión N3	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una historia clínica estructurada que incluye: motivo de consulta, antecedentes, hábitos, alergias, enfermedad actual. Realizar una exploración física en relación al motivo de consulta. Realizar una orientación diagnóstica y juicio clínico de presunción • Reconocer las presentaciones agudas de los principales síndromes psiquiátricos, así como las descompensaciones de la patología crónica más frecuente • Conocer el manejo básico de las patologías más prevalentes en urgencias psiquiátricas y tipificadas como de gravedad leve-moderada • Manejo del programa informático y otros recursos informáticos

Como criterio general, se seguirá la siguiente tabla para establecer el **grado de supervisión según el año de residencia**:

Año de residencia	Nivel esperado	Supervisión en Urgencias
1er semestre R1	N3	Presencial (hosp. general)
2º semestre R1	N3	Presencial
R2	N2	Presencial
R3	N1/N2	Presencial/localizada
R4	N1	Localizada
R5	N1	Localizada

La Comisión de Docencia, mediante informe competencial firmado por el Tutor del residente y el Jefe de Estudios, valorará individualmente el grado de responsabilidad adquirida y establecerá el modo de supervisión más idóneo para cada residente. (Anexo 1)

4. Anexos

ANEXO 1

INFORME COMPETENCIAL URGENCIAS		
Nombre y apellidos:	DNI/PASAPORTE	
CENTRO	HOSPITAL SAGRAT COR, GERMANES HOSPITALARIES	
TITULACION: MÉDICO	ESPECIALIDAD: PSIQUIATRÍA	AÑO RESIDENCIA:
TUTOR/A:		
Niveles Competenciales •Nivel 1: Menor responsabilidad El residente observa y asiste la actuación del adjunto que es quien realiza el procedimiento/actuación médica •Nivel 2: Responsabilidad intermedia El residente realiza los procedimientos/actuaciones con la supervisión directa del adjunto. •Nivel 3: Máxima responsabilidad El residente realiza los procedimientos/actuaciones sin presencia expresa del adjunto. Primero los realiza y posteriormente informa al adjunto responsable.		
CALIFICACION NIVEL COMPETENCIAL		Nivel
OBSERVACIONES:		
LUGAR Y FECHA: MARTORELL,		
Fdo: Agueda Solivellas Tutora MIR		Fdo: Fernando Boatas Cap d'Estudis