

## **SUPERVISIÓ RESIDENTS A URGÈNCIES MEDICINA CST**

Idees essencials derivades del RD 2/2008 sobre la supervisió de residents extretes del document de consens de tutors (Maó 2009).

- Tota l'estructura del sistema sanitari pot ser utilitzada per a la formació d'especialistes i en aquestes unitats cal supervisió.
- El sistema formatiu implica una responsabilitat creixent en la presa de decisions i per tant una supervisió decreixent.
- La supervisió del resident de primer any serà de presència física pels especialistes on estigui rotant, els quals visaran per escrit els documents relatius a les activitats assistencials i les ordres de tractament així com les tècniques que es realitzin a urgències
- El tutor podrà impartir instruccions específiques sobre el grau de responsabilitat dels residents segons l'especialitat i el procés individual (formació prèvia del resident podent modificar els nivells de responsabilitat).
- La supervisió dels R1 ha de ser activa, inclosa en els procediments de treballs i no exclusivament a demanda
- Es considera òptim que cada R1 sigui supervisat per un especialista.
- Els residents grans col.laboren en la supervisió dels residents petits

### Rotació de residents R1 a Urgències (8-17h)

Normalment roten 2 R1 simultàniament que alternen nivell I-III amb nivell IV-V. Al nivell I-III la supervisió es fa de forma alterna entre els diferents adjunts. Al nivell IV-V la supervisió la fa l'adjunt assignat en aquest nivell.

### Guàrdies de Medicina

Laborables 17-9h

Festius 9-21h o 9-9h

El resident R1 a les 17h s'assigna al nivell IV-V fins les 21h en que el segon R1 s'assigna al nivell IV-V i el primer passa al nivell I-III.

La supervisió al nivell IV-V la realitza l'adjunt assignat fins les 20h i al nivell I-III es supervisa de forma alterna entre els diferents adjunts.

A partir de les 21h. La supervisió dels residents R1 la realitzen l'adjunt d'urgències i l'adjunt de 3<sup>a</sup> roda ( idealment 1 R1 supervisat per especialista).

Tota alta (alta a domicili o ingrés a planta) donada per un R1 ha de ser supervisada per l'adjunt corresponent. El informe anirà signat pel R1 i per l'adjunt. En cas d'ingrés, el tractament del pacient serà supervisat per l'adjunt corresponent.

Si no es compleix aquesta supervisió, una forma que assegura la supervisió es que el gestor obligui a tancar el informe per l'adjunt quan ha estat visitat pel R1.

Consideracions d'acord amb les premisses inicials:

- La supervisió serà decreixent en funció de l'assumpció de competències del resident.

A l'inici de la residència, es farà per tots els residents (p. ex 2 primers mesos), passat aquest termini una comissió mixta d'urgències i docència valorarà la necessitat real de supervisió del resident en funció de formació prèvia, experiència i coneixements del resident.

Posteriorment aquesta valoració de la necessitat de supervisió es farà periòdicament cada 6m p.ex.

La necessitat de supervisió es classifica en:

- alta (resident dependent)
- mitjana (resident semidependent)
- mínima (resident autònom)

(Aquesta terminologia es pot canviar si es creu convenient.)

La supervisió alta (R1) implica la necessitat de supervisió per part de l'adjunt en els termes mencionats.

La supervisió mitjana la pot realitzar el resident autònom en primera instància i si cal per l'adjunt en segona instància (supervisió a demanda).

La supervisió mínima implica la no obligatorietat que el resident sigui supervisat per l'adjunt, sent opcional o a demanda aquesta supervisió.

Segons la valoració de les competències algun R1 pot ser classificat com no dependent i a l'inrevés algun resident més gran pot ser considerat dependent.

Per la nit, el R1 no pot donar altes sense el coneixement de l'adjunt.

El resident amb supervisió mínima pot donar altes de nivell I-III o IV-V sense la supervisió de l'adjunt.

El resident amb supervisió mitjana pot donar altes del nivell IV-V sense supervisió, en canvi per altes del nivell I-III cal la supervisió del resident autònom.

## SUPERVISSIÓ SEGONS NIVELLS I PATOLOGÍA

La supervisió del pacients té 2 fases principals:

- després de visitar el pacient (anamnesi i exploració física), per valorar sol.licitar exploracions complementàries.
- després de valorar les exploracions complementàries decidir alta o ingrés del pacient i el pla terapèutic corresponent.

El resident R1 amb supervisió alta al nivell IV-V té un adjunt de referència per comentar els pacients.

El resident R1 amb supervisió alta al nivell I-III comenta els pacients de forma alterna amb els diferents adjunts de medicina assignats en aquest nivell.

En aquest nivell, el resident depenent no hauria de visitar d'entrada pacients d'alta complexitat, p. ex:

Nivell I (aturada cardiorespiratòria)

Shock de qualsevol etiologia

Edema agut pulmonar

Meningitis

Infart agut de Miocardi (codi IAM)

Codi ictus

Agitació Psicomotriu

En canvi pot visitar nivell II sense presumció de complexitat (p. ex còlic nefrític amb dolor intens o odinofàgia amb febre alta).

## SUPERVISSIÓ DE TÈCNIQUES DELS RESIDENTS a URGÈNCIES

El resident depenent haurà de realitzar les següents tècniques acompanyat de l'adjunt:

Toracocentesi

Punció lumbar

Paracentesi

Artrococentesi

El resident semidepenent pot realitzar les tècniques supervisat pel resident autònom i/o de l'adjunt corresponent a demanda.

El resident autònom pot realitzar les tècniques sense supervisió o amb la supervisió de l'adjunt corresponent a demanda.