

**PROTOCOLO DE SUPERVISION DE MEDICOS INTERNOS  
RESIDENTES (MIR)  
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA**

Autor:

Luis Antonio Peña Luengo

*Médico Adjunto de Urgencias*

*Coordinador de Dispositivo Servicio de Urgencias*

## **INTRODUCCIÓN:**

Aunque la supervisión de la formación del MIR es inherente al sistema de formación postgrado de nuestro país, no es hasta 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, en él se recoge la necesidad de un plan de supervisión de la responsabilidad progresiva del médico interno residente (MIR) tal como 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 asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”.*

La mencionada normativa adjudica a las comisiones de docencia de los diferentes centros hospitalarios la elaboración de este plan de supervisión, y es por ello, que se propone el siguiente protocolo de supervisión de los residentes en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de Zamora, elaborado a partir del propio Real Decreto, de documentos previos y de la aportación de otros protocolos vigentes en diferentes centros.

## **ASPECTOS PREVIOS:**

En primer lugar definiremos las figuras de:

### **A.- MÉDICO INTERNO RESIDENTE (MIR):**

En la definición legal de MIR se destacan dos notas características esenciales:

- 1.- La práctica profesional programada y supervisada.
- 2.- La adquisición progresiva de conocimientos y responsabilidad.

El MIR en ningún caso podrá considerarse un estudiante ya que es un médico, siendo su derecho el de recibir docencia y supervisión y su deber, prestar una labor asistencial.

A estos efectos los cinco métodos de aprendizaje recomendados en las distintas áreas de competencia son:

#### **1) Autoaprendizaje. (*Self directed learning*)**

Consiste en el estudio cotidiano a iniciativa del propio residente y uso de herramientas de aprendizaje individuales, indicado especialmente para la adquisición de nuevos conocimientos, mantenimiento de la competencia, adquisición de habilidades en el uso de las herramientas básicas (inglés, informática, Internet), cursos a distancia, cursos on line y preparación de sesiones.

#### **2) Aprendizaje de campo (*Learning in context*)**

Consiste en colocar al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar, indicada especialmente para la adquisición

de las funciones y de la toma de decisiones como profesional, mediante la observación directa (el residente ve lo que hace el tutor), intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades ante la presencia del tutor) o intervención directa, no supervisada directamente por el tutor (se obtiene información de los compañeros del equipo o del segundo nivel)

### **3) Sesiones:**

Consiste en la transmisión unidireccional de la información, se debe, en lo posible, favorecer la participación de los residentes como ponentes.

### **4) Trabajo grupal, interacción grupal (*small group learning*)**

Consiste en aprovechar la interacción entre los diferentes miembros del grupo, indicado especialmente para trabajar las actitudes (Seminarios, juego de roles (role playing)...) )

### **5) Talleres**

Consiste en el aprendizaje de habilidades en pequeños grupos, indicados especialmente para la adquisición de habilidades o procedimientos (con pacientes reales o simulados, con maniqués, con programas informatizados (simuladores)

## **B.- MÉDICO ADJUNTO:**

Tiene un papel de consultor, asesor, regulador de la atención a los enfermos que llegan a la Urgencia y establece la prioridad de los pacientes críticos. Atiende directamente las emergencias.

Se encarga de supervisar a los Médicos Residentes, debiendo estar el corriente de las decisiones de importancia que éstos tomen.

Intenta solucionar los problemas médicos que se planteen; decide y autoriza el paso a observación de un paciente, el ingreso, el traslado a otro hospital o el alta.

Todos los Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias, responsables del Servicio lo son también de la tutoría y supervisión del MIR (Decreto 183/2008 en el que se establece “ el deber general de supervisión es inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los Residentes”.

De momento serán considerados Colaboradores Docentes mientras no se apruebe la Especialidad de Medicina de Urgencias y se acredite su formación en el Complejo Asistencial de Zamora.

Según el DECRETO 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León se establecen las siguientes figuras docentes:

1ª.- Coordinador de unidad o dispositivo.

2ª.- Tutores de apoyo.

3ª.- Colaboradores docentes.

### **1ª.- COORDINADOR DE UNIDAD O DISPOSITIVO DOCENTE:**

Corresponde al tutor coordinador, el ejercicio de las siguientes funciones:

1. Coordinar la elaboración de la guía o itinerario formativo tipo de la especialidad, adaptando el programa de la especialidad a las características del centro o unidad, en conjunto con el resto de tutores, y trasladarla a la comisión de docencia para su aprobación.

2. Elaborar la planificación anual de los itinerarios formativos de los residentes de la unidad docente, definidos entre los tutores, estableciendo los cronogramas de rotación, para su traslado a la comisión de docencia.

3. Recibir las propuestas de rotaciones externas elevadas por los tutores y darlas traslado a la comisión de docencia para su aprobación.

4. Realizar memoria anual de las actividades docentes de la unidad con registro de las mismas.

5. Realizar la asignación del tutor, tutor de apoyo o colaborador docente a los especialistas en formación de acuerdo con los criterios establecidos por la comisión de docencia.

6. Reasignación del tutor a residente en los casos excepcionales debidamente justificados.

7. Facilitar a los profesionales de su unidad que ejerzan como colaboradores docentes, la información relativa a los objetivos y competencias que deben adquirir los residentes de otras especialidades que rotan por su unidad.

8. Participar activamente en la elaboración y seguimiento del plan de gestión de calidad docente.

9. Participar en el proceso de acogida a los residentes, tanto de su especialidad como de otra.

10. Coordinarse con los órganos directivos de la unidad o dispositivo docente en el establecimiento de las guardias de los residentes.

11. Realizar la coordinación de las rotaciones de residentes externos por la unidad docente, estableciendo cronogramas y asignando los colaboradores docentes.

12. Promover y facilitar la participación de los residentes de su unidad en las actividades formativas del programa común.

13. Realizar informes para la evaluación y el reconocimiento del ejercicio de la tutoría a tutores, tutores de apoyo o colaboradores que han participado en la formación de especialistas de su unidad.

14. Apoyar la investigación desde su unidad, facilitando los mecanismos y ayudas existentes para el desarrollo de la misma.

15. Promover, junto con los tutores, la elaboración de protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de la responsabilidad progresiva de los residentes en áreas asistenciales significativas de su unidad y promover, asimismo, la realización de planes de mejora de la calidad en el ámbito de su unidad.

La Administración sanitaria adoptará las medidas necesarias para asegurar que el tutor coordinador pueda disponer de un tiempo de dedicación adecuado para el ejercicio de estas funciones, y su posible concurrencia con el desempeño de otra figura docente, que estará incluido dentro de su plan de sin que, por ello, se pueda suplir o ver mermada su actividad asistencial.

## **2ª.- TUTORES DE APOYO**

Los tutores de apoyo son los profesionales especialistas en servicio activo de la misma especialidad a la que tutorizan que, acreditados como tutores, contribuyen al proceso de enseñanza y aprendizaje de los residentes según el contenido estructurado de su programa formativo, asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas por aquéllos durante la correspondiente estancia formativa.

Su nombramiento se efectuará por el órgano directivo del centro, a propuesta de la comisión de docencia, oídos el tutor coordinador de unidad o dispositivo docente y el Jefe de Servicio o Coordinador de equipo de atención primaria correspondiente, así como los propios profesionales.

El tutor de apoyo participará activamente en la supervisión y evaluación del residente durante el período formativo de que se trate. Dicha actividad se llevará a cabo en coordinación con el tutor del residente al que, asimismo, trasladará los informes de rotación y las sugerencias que considere necesarias para la adecuada formación del residente en las facetas que le incumben.

Estos profesionales pueden ser a la vez tutores de otros residentes de la unidad docente o colaboradores docentes de otras especialidades.

En aquellos períodos en los que el tutor de apoyo ejerza funciones efectivas de tutoría, se adoptarán las medidas necesarias para asegurar que pueda disponer de un tiempo de dedicación adecuado para el ejercicio de estas funciones, y su posible concurrencia con el desempeño de otra figura docente, que estará incluido dentro de su plan de trabajo, contemplado dentro del plan de trabajo sin que, por ello, se pueda suplir o ver mermada su actividad asistencial.

### **3ª.- COLABORADORES DOCENTES**

Los colaboradores docentes son profesionales en servicio activo de las diferentes unidades asistenciales o dispositivos por los que rotan los residentes, con diferente especialidad o incluso categoría a la que forman, que colaboran en el proceso de adquisición de competencias incluidas en el programa de la especialidad correspondiente, asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas durante la correspondiente estancia formativa.

Su nombramiento se efectuará por el órgano directivo del centro, a propuesta de la comisión de docencia de la unidad o dispositivo docente correspondiente, oídos el tutor coordinador de unidad o dispositivo docente y el Jefe de Servicio o Coordinador de equipo de atención primaria correspondiente.

El colaborador docente participará en la evaluación continuada del residente durante el período de rotación de que se trate.



En aquellos periodos en los que el colaborador docente ejerza funciones efectivas de colaboración docente, se adoptarán las medidas necesarias para asegurar que pueda disponer de un tiempo de dedicación adecuado para el ejercicio de estas funciones, y su posible concurrencia con el desempeño de otra figura docente, que estará incluido dentro de su plan de trabajo, contemplado dentro del plan de trabajo, sin que, por ello, se pueda suplir o ver mermada su actividad asistencial.

## **OBJETIVOS:**

Los objetivos docentes de la actividad en el Servicio de Urgencias serán adquirir agilidad y soltura en el manejo de los enfermos que acudan al Servicio de urgencias; 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 y de modalidad de tratamientos de los enfermos.

Durante su formación deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan prestar correctamente asistencia a los pacientes, realizar funciones de prevención y promoción de la salud así como asegurarse una autoformación continuada.

## **LA ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

El horario de la rotación es de 8 a 15 horas, de lunes a viernes, quedando abierta la posibilidad de rotar por las tardes de 15 a 22 horas.

La duración de uno a tres meses dependerá de lo acordado en la Comisión de Docencia.

La información sobre la distribución de la rotación estará disponible en el tablón de la secretaría de urgencias. En la secretaría de Urgencias se deberán hacer constar los días de guardia, vacaciones y días propios que correspondan al periodo de rotación con el fin de conseguir un seguimiento óptimo de cada residente.

El Jefe de Servicio y el coordinador de Dispositivo de Urgencias evaluarán la rotación tras recoger información de los adjuntos con los que ha rotado el MIR, cumplimentando una hoja de calificación de residente (Anexo 1).

La **calificación** se hará aplicando la siguiente puntuación:

- **Puntuación 3:** si el residente cumple de forma excelente las expectativas esperadas durante la rotación o turnos de guardia para un residente de su año.

- **Puntuación 2:** si el residente cumple más de las expectativas esperadas durante la rotación o turnos de guardia para un residente de su año.

- **Puntuación 1:** si el residente cumple básicamente sus funciones durante la rotación o turnos de guardia.

- **Puntuación 0:** si el residente no realiza ni intenta realizar adecuadamente sus funciones durante la rotación ni turnos de guardia.

Estas calificaciones se tendrán en cuenta a la hora de la evaluación de los residentes en la rotación de urgencias. El coordinador emitirá un informe a final del año lectivo, donde consten el número de guardias realizadas y la calificación final.

Durante este periodo el residente deberá asistir a las sesiones realizadas en el Servicio de Urgencias y se valorará positivamente la realización de al menos una sesión clínica al finalizar su rotación sobre uno de los casos clínicos que haya atendido, para lo que pueden formar grupos de 2 ó 3 personas.

Se espera del MIR que, al final de su rotación por el Servicio de Urgencias sea capaz de, al menos:

- Discernir signos y síntomas de gravedad en los pacientes que acuden al servicio de urgencias.
- Realizar un correcto informe asistencial de urgencias.
- Utilizar de forma racional las pruebas complementarias de urgencias.
- Interpretar los resultados de las pruebas analíticas de urgencias.
- Interpretar radiografías simples.
- Reconocer anomalías electrocardiográficas, en especial arritmias y trazados electrocardiográficos compatibles con cardiopatía isquémica.
- Realizar punciones y cateterismos de vías venosas periféricas.

- Realizar gasometrías.
- Realizar sondajes urinarios y nasogástricos.
- Realizar suturas simples de heridas.
- Conocer las técnicas básicas de soporte respiratorio y hemodinámico (en especial oxigenoterapia y fluidoterapia).
- Indicar las medidas terapéuticas pertinentes para cada caso y establecer prioridades terapéuticas.
- Establecer criterios de alta y de derivación de pacientes.

### **ATENCIÓN CONTINUADA (GUARDIAS)**

La prestación de servicios en concepto de atención continuada contribuye a garantizar la formación integral del residente y el funcionamiento permanente de las Instituciones Sanitarias y se considera un elemento clave en el proceso de aprendizaje del residente y en la adquisición progresiva de conocimientos, habilidades y responsabilidades. Dichos servicios que se prestarán en los dispositivos que integren la Unidad Docente, tendrán carácter obligatorio debiendo ser supervisadas por los colaboradores docentes y tutores de las unidades asistenciales en las que se realicen, junto con el coordinador de Dispositivo y el coordinador de la Unidad Docente. Desde el punto de vista formativo, es recomendable que el número de guardias no sea menor de tres, ni mayor de cinco al mes, incluso en los supuestos de acumulación de guardias derivadas de periodos vacacionales.

En todo caso, los Coordinadores y los tutores de la Unidad Docente planificarán las guardias y demás actividades de los residentes, teniendo en cuenta su doble condición de personal en formación y de trabajador de las unidades y centros sanitarios en los que en cada momento se este formando, por lo que a estos efectos, deberá existir la adecuada coordinación entre los tutores y los órganos de dirección de dichos centros y unidades.

Dado el carácter formativo que tienen los servicios prestados en concepto de atención continuada, en los periodos de recuperación que se produzcan como consecuencia de bajas prolongadas, evaluaciones negativas o de otros supuestos que prevea la legislación vigente, se incluirá en dicha recuperación el número de guardias que la Comisión Asesora considere necesarias en cada supuesto, buscando un punto de equilibrio entre la situación específica del residente y la consecución de los objetivos del programa.

Mientras el residente se encuentre vinculado al Servicio de Urgencias (Atención Continuada) tendrá la obligación de exponer, al menos, una sesión por año sobre temas referentes a la Medicina de Urgencias (ver Cuerpo Doctrinal de la Medicina de Urgencias y Emergencias de SEMES).

Se espera del MIR que, al final de su formación por el Servicio de Urgencias sea capaz de, al menos:

- Realizar un correcto informe asistencial de urgencias.
- Utilizar de forma racional los recursos de urgencias.
- Interpretar los resultados de las pruebas complementarias.
- Realizar punciones y cateterismos de vías venosas periféricas y gasometrías.
- Realizar sondajes urinarios y nasogástricos.
- Realizar suturas simples de heridas.
- Conocer las técnicas básicas de soporte respiratorio y hemodinámico (en especial oxigenoterapia y fluidoterapia).
- Aprendizaje en Soporte Vital Básico y Avanzado.
- Indicar las medidas terapéuticas pertinentes para cada caso y establecer prioridades terapéuticas.
- Establecer criterios de alta y de derivación de pacientes.

- Adquirir los criterios de derivación urgente al Servicio de Urgencias o programada preferente a las Consultas de Atención Especializada desde otros niveles asistenciales. Optimización de recursos sanitarios.

## **DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NUMERO DE HORAS DE ATENCIÓN CONTINUADA A REALIZAR DURANTE LA RESIDENCIA**

Dadas las características del Complejo Asistencial de Zamora la distribución de las guardias se realizara de la siguiente forma:

**1º.- MIR medicina interna**, realizara guardias en el Servicio de Urgencias durante su primer año de Residencia.

**2º.- MIR de otras especialidades hospitalarias** realizaran guardias de R1 en el Servicio de Urgencias durante tres, seis o doce meses según acuerdo de la comisión de docencia.

**3º.- MIR de Medicina Familiar y Comunitaria** harán guardias de Urgencias Hospitalarias y Atención Primaria a lo largo de su residencia. Adaptando, a las características del centro, la distribución porcentual de horas de atención continuada contemplada en su programa de formación. Quedando la distribución por años de Residencia así:

### **R1:**

- **25%** en Centro de Salud/Atención Primaria (C.S./ A.P.), realizadas durante los tres primeros meses de Residencia.

- **75%** en Urgencias Hospitalarias durante los nueve meses restantes del primer año de Residencia.

### **R2 – R3:**

- **25%** de las horas en C.S./A.P. repartidas durante los dos años, procurando que la totalidad de las horas de atención continuada se realicen en C.S./A.P. durante su rotación en el Centro de Salud Rural.

- **75%** de las horas en Urgencias Hospitalarias repartidas durante los dos años de Residencia.

### **R4:**

- **75%** de las horas en C.S./A.P.

- **12,5%** de las horas en Servicio de Emergencias o en su defecto en Urgencias Hospitalarias.

- **12,5%** de las horas en Urgencias Hospitalarias, procurando su distribución agrupada durante los primeros meses con el fin de un mejor aprovechamiento de la actividad docente.

## **DISTRIBUCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO**

La distribución de los médicos adjuntos en las diferentes áreas funcionales se realiza por el jefe de servicio y figura en una planilla semanal expuesta en el tablón de la sala de médicos del Servicio de Urgencias.

La distribución de los MIR en las mismas será llevada a cabo por el Jefe de Servicio y en su defecto por el coordinador de Dispositivo del Servicio de Urgencias y/o por los médicos adjuntos de guardia.

Para ello se tendrá en cuenta el año de residencia, la especialidad de cada residente así como cualquier otra circunstancia que se juzgue relevante. En las hojas de distribución, y siempre que sea posible, figurará junto al MIR el nombre del adjunto que ejercerá la supervisión directa, aunque podrán consultar sus dudas a cualquiera que esté disponible.

Para asegurar una formación equilibrada, los residentes no podrán realizar cambios de ubicación durante la guardia a no ser que ello resulte aconsejable por

razones asistenciales o de otra índole, y ello tras indicación de los médicos adjuntos de guardia.

Los calendarios de guardias serán notificados por el coordinador de Dispositivo del Servicio de Urgencias a finales del mes previo.

No podrán realizarse cambios con menos de 7 días de antelación, salvo en casos de fuerza mayor. Los cambios deberán contar con la autorización del coordinador de Urgencias.

Las rotaciones externas y las vacaciones también deberán notificarse lo antes posible para ajustar el calendario de guardias.

En el caso de bajas, las guardias serán realizadas preferentemente por los residentes del mismo año a modo **de incidencia**, comunicada por el coordinador de Urgencias y sin posibilidad de negarse a realizarlas salvo causa debidamente justificada.

### **HORARIO DE LAS GUARDIAS:**

Las guardias de los días laborales comienzan a las 15:00 horas y finalizan a las 8:00 horas del día siguiente. Los residentes deberán incorporarse a ellas con estricta puntualidad y habiendo comido ya.

La cena se realizará normalmente en turnos entre las 21 horas y 22 horas , teniendo la obligación de estar todos en su puesto de trabajo a las 22 horas, y quedando ello en todo caso supeditado a las necesidades asistenciales.

Las guardias de los fines de semana o festivos comienzan a las 8:00 horas y finalizan a las 8:00 horas del día siguiente.

La comida se realizará por turnos entre las 14 y las 15 horas. Todos deben estar en el puesto de trabajo a las 15 horas. La cena se realizará normalmente en turnos entre las 21 horas y 22 horas, teniendo la obligación de estar todos en su puesto de trabajo a las 22 horas. Quedando ello en todo caso supeditado a las necesidades asistenciales.



## **FUNCIONES DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE:**

### **RESIDENTES DE 1º AÑO**

- Atender a los pacientes que acudan al servicio de urgencias. Inicialmente se le asignarán preferentemente los pacientes menos complejos.

- Deberán realizar el informe asistencial de forma 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 (R3-4). En el caso de realizar interconsultas, el R1 debe estar acompañado del adjunto cuando el especialista realice la interconsulta.

- 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 hablarlo con el adjunto, informándoles de las pruebas y tratamientos que se le van a realizar así como en el momento de proceder a dar el alta o ingreso.

- Podrán emitir las recetas que vengan explicitadas en el informe de alta firmado por el adjunto.

- Rellenará los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran y la documentación que sea necesaria.

- No atenderán, bajo ningún concepto, solos el turno de noche.

Durante el primer año de residencia, los residentes irán adquiriendo experiencia en la anamnesis, aproximación diagnóstica y terapéutica óptima.

**Es responsabilidad del MIR adquirir la capacitación que le permita adoptar decisiones clínicas autónomas.**

## RESIDENTES DE 2º AÑO

- Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva de forma que le serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional, bajo supervisión de los Médicos Adjuntos del Servicio a los que ayudarán en las funciones de reanimación en las que se vean involucrados enfermos críticos.

- Deberán realizar el informe asistencial de forma correcta, elaborar un juicio clínico, pedir las pruebas complementarias pertinentes (excepto Ecografías y TAC que tienen que consultarlo) y definir una pauta terapéutica según su nivel de conocimiento.

- Pueden derivar a consultas de especializada y solicitar interconsultas con otros especialistas de guardia **siempre** previa valoración del médico adjunto.

- Se encargaran de ayudar a sus MIR menores siempre que estos lo soliciten.

- Solicitarán la supervisión de su labor asistencial por parte de los médicos adjuntos cuando lo juzguen necesario, en situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales.

**Es responsabilidad del MIR adquirir la capacitación que le permita adoptar decisiones clínicas autónomas.**

## RESIDENTES DE 3º y 4º AÑO

- Serán capaces de realizar el informe asistencial, solicitar pruebas complementarias y realizar interconsultas de manera autónoma.

- Podrán atender de forma autónoma los niveles de triaje del II -V y bajo supervisión el I.

- Podrán dar el alta sin supervisión a los niveles III, IV y V deberán consultar en los niveles II y en los que ellos consideren necesarios por su complejidad o problemática.

- En el caso de pacientes conflictivos o con problemática legal solicitarán la ayuda de un adjunto.

- Podrán firmar partes de defunción

- Asesorarán a los MIR menores siempre que estos lo soliciten.

- Serán capaces de realizar de forma autónoma la noche y consultar los casos dudosos.

**Es responsabilidad del MIR adquirir la capacitación que le permita adoptar decisiones clínicas autónomas.**