

PROTOCOLO DE SUPERVISION DE GUARDIAS DE MEDICOS RESIDENTES DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE TOLEDO

INDICE

1. INTRODUCCION	02
2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO DE SUPERVISION.....	02
3. CARACTERISTICAS DE LAS GUARDIAS	03
3.1 HORARIO DE LAS GUARDIAS	03
3.2 DISTRIBUCION DE LAS GUARDIAS	03
3.3 CUMPLIMIENTO DE LAS GUARDIAS	03
3.4 CAMBIOS DE GUARDIA	04
3.5 NUMERO DE GUARDIAS.....	04
3.6 LIBRANZA DE GUARDIAS	04
3.7 RESPONSABILIDAD DEL MEDICO RESIDENTE	04
3.8 FALTAS DISCIPLINARIAS	04
4. PAPEL DEL MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA, MEDICO TUTOR DE RESIDENTES Y FUNCIONES DEL MEDICO RESIDENTE	05
4.1 MEDICO PSIQUIATRA DE GUARDIA	05
4.2 MEDICO TUTOR DE RESIDENTES Y COORDINADOR	05
4.3 MEDICO RESIDENTE	06
5. FUNCIONES DEL MEDICO INTERNO RESIDENTE.....	06
5.1 RESIDENTES DE PRIMER AÑO.....	06
5.2 RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO.....	07
5.3 RESIDENTES DE TERCER AÑO	07
5.4 RESIDENTES DE CUARTO AÑO.....	08
ANEXOS:	
ANEXO 1: ESCALA DE TRIAJE DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS	09
ANEXO 2: FORMULARIOS	
- FORMULARIO Nº 1: CONFIRMACION GUARDIAS DE PRESENCIA FISICA MIR11	
- FORMULARIO Nº 2: AUTORIZACION CAMBIO LIBRANZA DE GUARDIA... 12	
- FORMULARIO Nº 3: AUTORIZACION CAMBIO DE GUARDIA	13
- FORMULARIO Nº 4: CALENDARIO DE GUARDIAS	14
- FORMULARIO Nº 5: FIRMA ENTREGA VALES DESAYUNO	15
BIBLIOGRAFIA	16

PROTOCOLO DE SUPERVISION DE GUARDIAS DE MEDICOS RESIDENTES DE PSQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE TOLEDO

1. INTRODUCCIÓN

La supervisión de la formación del MIR ha sido una de las señas de identidad de la formación médica postgrado en España. Las guardias médicas constituyen una parte fundamental e imprescindible de la formación integral del MIR de psiquiatría, por ello son de carácter obligatorio y deben estar supervisadas por facultativos de guardia y tutores. El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, recoge en su capítulo V el deber general de supervisión y la responsabilidad progresiva del residente, la necesidad de que las comisiones locales de docencia elaboren planes de supervisión, para que el residente asuma de manera progresiva las responsabilidades inherentes a su especialidad, teniendo en cuenta su doble condición asistencial y formativa.

El residente de psiquiatría debe contar siempre con la presencia física del psiquiatra de guardia en el Hospital Provincial para trabajar conjuntamente con el. Debe cumplir las normas y procedimientos vigentes del servicio de psiquiatría y mostrar una actitud prudente con el paciente, abierta al aprendizaje y complementaria con su adjunto de guardia, para que en función de su nivel de formación pueda ofrecer una atención eficaz y de calidad. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al médico especialista en psiquiatría.

2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

El objetivo de este protocolo es regular las guardias de los residentes de psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo, para cubrir adecuadamente la actividad asistencial y docente. Los objetivos docentes de la actividad de los MIR de psiquiatría en la Urgencia psiquiátrica, serán los siguientes:

a) Manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, conducta pasiva, crisis psicossocial y familiar, etc.).

b) Evaluación de la urgencia psiquiátrica (criterios de ingreso y derivación).

c) Mejora de la destreza y fluidez en la elaboración de la anamnesis, exploración psiquiátrica y complementaria, juicio clínico, diagnóstico diferencial y comprensión de la situación biopsicosocial del paciente en la Urgencia Psiquiátrica.

d) Adquisición de la necesaria seguridad e incremento del nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas y en la derivación de los pacientes a otros especialistas cuando la situación clínica lo aconseje.

e) Realización de funciones de prevención y promoción de la salud en el contexto de la urgencia psiquiátrica.

f) Asegurar una formación continuada.

3. CARACTERÍSTICAS DE LAS GUARDIAS

3.1 HORARIO DE LAS GUARDIAS

La hora fijada para el relevo de la guardia es de lunes a jueves desde las 15 horas hasta las 9 horas del día siguiente, los viernes desde las 15 horas hasta las 10 horas del día posterior, los sábados desde las 10 horas hasta las 10 horas del domingo. Los domingos y festivos desde las 10 hasta las 9 horas si el día posterior es laborable y hasta las 10 si es festivo. El parte de guardia debe realizarse en presencia del equipo entrante para que el Servicio de Psiquiatría cuente siempre al menos con un psiquiatra durante las 24 horas del día.

3.2 DISTRIBUCIÓN DE LAS GUARDIAS

Debe procurarse que las guardias se cubran de manera proporcionada entre los residentes, para que haya al menos un residente por día. Puede delegarse en los propios residentes la realización del calendario de guardias, siempre que estén de acuerdo el tutor y el jefe de servicio y se cumpla el requisito anterior. En caso contrario el Jefe de Servicio o el Tutor deben elaborar el calendario hasta normalizar la situación.

3.3 CUMPLIMIENTO DE LAS GUARDIAS

Las guardias asignadas son de realización obligatoria. Siempre hay que acudir a la guardia con la máxima puntualidad, siendo aconsejable presentarse 5-10 minutos antes. El psiquiatra de guardia visará con su firma la realización de la guardia del residente (Formulario 1). El incumplimiento de la hora de inicio y la reiteración en esta falta debe ser comunicada por su tutor a la Comisión de Docencia para abrir expediente disciplinario. Las guardias no realizadas sin baja médica o justificación mayor escrita o comprobable, deben ser recuperadas cuando el médico esté en condiciones de realizarla y se someterán al régimen disciplinario para abrir expediente y ser considerado como falta.

Se realizará una planilla de todos los médicos en formación con nombre, apellidos y números de teléfono de contacto, disponible para el residente encargado de organizar las guardias, el tutor de residentes, el coordinador de urgencias y los psiquiatras de guardia, para poder agilizar cualquier tipo de incidencia con respecto a las guardias.

3.4 CAMBIOS DE GUARDIA

Cualquier cambio de guardia debe ser puesto en conocimiento a la secretaria del servicio (Formulario 2) para obtener la autorización, si no hay razones de servicio que lo impidan. En caso de imposibilidad o necesidad superior de no realizar una guardia, el médico en formación será el responsable de conseguir el cambio, asumiendo que si no lo consigue, tendrá que hacer dicha guardia. La guardia no realizada se recuperará días más tarde o al mes siguiente. El dar solución a esta incidencia es responsabilidad del MIR.

3.5 NÚMERO DE GUARDIAS

El número de guardias según la normativa vigente oscila entre un mínimo de 4 guardias y un máximo de 6 (1 de 24 horas y el resto de 17 horas).

3.6 LIBRANZA DE GUARDIAS

De acuerdo con la legislación vigente, el médico en formación tiene derecho después de 24 horas de trabajo ininterrumpido a un descanso de 12 horas. En ningún caso se permitirá un calendario de guardias donde se contemple que el mismo médico en formación hace dos guardias en días consecutivos. El saliente de guardia puede disfrutarse en los días posteriores, siempre que cuente con la autorización del Jefe de Servicio (Formulario 3).

3.7 RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO RESIDENTE

La responsabilidad del residente es compartida con su facultativo supervisor e irá aumentando progresivamente así como su “autonomía” al ir disminuyendo el grado de supervisión.

El tutor de residentes y, en su ausencia, los facultativos de guardia, son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los médicos en formación en la urgencia, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los MIR. Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor, al Jefe de Servicio y si se considera oportuno a la Comisión de Docencia.

En caso de recibir alguna queja o reclamación del servicio de atención al paciente o de otro organismo competente, derivada de su actividad asistencial y/o docente durante la guardia, el médico en formación deberá siempre comunicárselo al facultativo supervisor responsable, a su Tutor y al Jefe de Servicio, para adoptar las medidas que se estimen más convenientes.

3.8 FALTAS DISCIPLINARIAS

Las faltas disciplinarias en las que pudieran incurrir los médicos en formación podrán ser la causa de la apertura de expediente y serán tipificadas como leves, graves o muy graves según lo especificado en el artículo 13, punto 2 del RD 1146/2006 de 6 de octubre.

4. PAPEL DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, MEDICO TUTOR DE RESIDENTES Y FUNCIONES DEL MÉDICO RESIDENTE

4.1 MÉDICO PSIQUIATRA DE GUARDIA

Tiene un papel de consultor, asesor, regulador de la atención a los enfermos que llegan a la Urgencia. Atiende directamente las emergencias. Se encarga de supervisar a los Médicos Residentes, debiendo estar al corriente de las decisiones de importancia que éstos tomen. Intenta solucionar los problemas médicos que se planteen; decide y autoriza el ingreso, el traslado a otro hospital o el alta. Los facultativos de guardia, son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los médicos en formación en la urgencia, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los médicos en formación. Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor y Jefe de Servicio y a la Comisión de Docencia si se considera oportuno. Todos los Médicos Psiquiatras de Guardia lo son también de la tutoría y supervisión del MIR (Decreto 183/2008 en el que se establece que “ *el deber general de supervisión es inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los Residentes*”.

Los facultativos de urgencias visarán por escrito las altas, ingresos y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el médico en formación del primer año.

4.2 MEDICO TUTOR DE RESIDENTES Y COORDINADOR

El tutor es el profesional especialista que tiene la misión de planificar, gestionar, supervisar, evaluar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del médico en formación, a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo.

Sus funciones serán las siguientes:

1. Organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para especialistas, el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas y supervisión de la aplicación práctica de la formación y programación anual. La actuación del tutor no implica el seguimiento físico de todos los actos, sino básicamente atender a sus consultas.

2. Propuestas de planes individuales para cada especialista con la supervisión de los mismos.

3. Realizar las evaluaciones trimestrales y anuales establecidas.

4.3 MÉDICO RESIDENTE

El objeto del sistema formativo del MIR es la práctica profesional programada y supervisada y la adquisición progresiva de conocimientos y responsabilidad.

Su nivel formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

La responsabilidad legal del acto médico recae en el MIR cuando éste actúa incumpliendo su obligación de consulta al tutor o médico responsable. En caso de producirse un daño por falta de vigilancia o asistencia del tutor o responsable, la responsabilidad recaerá en éste por la culpa in vigilando en que incurre, así como en el Servicio de Salud. En caso de tratarse de una actuación manifiestamente negligente que debiera haberse evitado por cualquiera de los actuantes, la responsabilidad será compartida.

5. FUNCIONES DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE

5.1 RESIDENTES DE PRIMER AÑO

La supervisión de residentes de primer año en las guardias será con la presencia física continua del adjunto de guardia, que visará por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el residente de primer año. No atenderán solos bajo ningún concepto el turno de noche.

Los primeros meses permanecerá al lado del especialista, que conducirá la entrevista, observando el abordaje y manejo de los pacientes y de las familias que acuden a la urgencia.

Los meses siguientes, de manera progresiva y según el tiempo de adquisición de habilidades mínimas, el residente conducirá la entrevista y realizará la historia clínica psiquiátrica, especialmente en los casos menos complejos, bajo la supervisión y presencia física del facultativo de guardia. Rellenará los protocolos existentes en la urgencia y cumplimentará los partes bajo el asesoramiento del médico especialista hasta que lo rellene correctamente. Todos los documentos de alta, ingreso, interconsulta,

informes, consentimiento informado o pruebas complementarias o partes judiciales deben ir firmados por el facultativo supervisor y el residente con su nº de colegiado correspondiente.

Informará de las incidencias de la guardia a los compañeros en la reunión.

Al finalizar el primer año el residente debe realizar una historia clínica psiquiátrica en el ámbito de la urgencia, que contemple datos biopsicosociales significativos del paciente, emitir un diagnóstico sindrómico y razonar la orientación terapéutica del caso. Es especialmente útil que identifique los síntomas y signos psicopatológicos sugerentes de organicidad para realizar la derivación a los servicios médicos.

El R1 puede emitir recetas siempre y cuando estén en consonancia con el informe de alta del Servicio de Urgencias.

5.2 RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Deberán llevar el control y responsabilidad de la urgencia de forma progresiva, según las características profesionales de cada residente, bajo supervisión de los Médicos Adjuntos del Servicio a los que ayudarán en las funciones.

Se encargarán de ayudar a sus R menores siempre que estos lo soliciten.

En situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al Juez lo pondrá en conocimiento del Adjunto de Urgencias.

5.3 RESIDENTES DE TERCER AÑO

Serán capaces de realizar Historias Clínicas, solicitar pruebas complementarias y realizar interconsultas de manera autónoma con el conocimiento del adjunto de guardia.

Podrán atender autónomamente los niveles de triaje del 2-5 y bajo supervisión en el 1.

Podrán dar el alta siempre que el adjunto este informado en los niveles 2-5, deberán consultar en el nivel 1 y en todos los casos que ellos consideren necesario por su complejidad o problemática.

Serán capaces de realizar autónomamente la noche y consultar los casos del nivel 1 y todos los dudosos.

5.4 RESIDENTES DE CUARTO AÑO

Sus funciones y atribuciones serán equiparables a las de un psiquiatra de guardia salvo en la supervisión de residentes (lo que no quiere decir que no puedan colaborar con ellos).

No tendrán limitación por el nivel de triaje para atender pacientes.

En el caso de familias o de pacientes conflictivos o con problemática legal solicitarán la ayuda de un adjunto. Podrán firmar partes de defunción.

Todo residente, independientemente de su experiencia o año de formación, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los facultativos de guardia, quienes, ya sean tutores o no, dada su condición de facultativos ligados a un Hospital Docente, tienen la obligación de prestársela.

También han de ser conscientes de que trabajan integrados en equipos de profesionales de igual titulación pero con niveles más elevados de formación y experiencia, donde el respeto mutuo debe imperar conociendo que la disparidad de criterios y, a veces, las discusiones, finalmente resultan enriquecedoras para todos.

En ocasiones, el médico en formación y el facultativo responsable acordarán el papel del primero, grado de supervisión y la manera más adecuada de llevarla a cabo.

ANEXOS:

ANEXO 1: ESCALA DE TRIAJE DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: (Integración de los modelos australiano, canadiense, español e inglés)

Nivel 1. (Atención inmediata por parte de Médico y enfermería). Desorden severo del comportamiento con amenaza inmediata de violencia extrema.

Riesgo importante de daño a si mismo u otros.

Presentación típica: - Comportamiento violento, posesión observada de armas, ideas de autodestrucción en el SU, agitación extrema y comportamiento extraño y/o desorientado.

Nivel 2. (Atención inmediata por parte de enfermería y del médico en 10 minutos). Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: violento o agresivo, amenaza inmediata para el mismo u otros, requiere o ha requerido contención tanto física como química o de otro orden, agitación o agresividad severa.

Riesgo probable de daño a si mismo u otros y/o del paciente con contención física en urgencias y/o alteraciones del comportamiento severas.

Presentación típica: Agitación extrema, Agresividad física y verbal, confuso, incapaz de cooperar, alucinaciones, ideas delirantes, paranoia, requiere contención, existe riesgo elevado de tentativa de suicidio, existe amenaza divulgada de evasión del tratamiento. Psicosis Aguda/Agitación extrema: Algunos problemas metabólicos y toxicológicos u otras etiologías orgánicas pueden explicar, a veces, los síntomas de estos pacientes. Si una psicosis o agitación aguda forman parte de un problema psiquiátrico conocido, el paciente y el SU se van a beneficiar de una intervención rápida incluso con el uso de antipsicóticos y sedantes (contención química) o, si es necesario, de la contención física.

Nivel 3. (Atención por parte de Médico y enfermería en 30 minutos). Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: muy apenado, riesgo de daño hacia el mismo, psicosis o desordenes graves del pensamiento, daño deliberado hacia uno mismo, irritable/retraído, potencialmente agresivo.

Riesgo posible de daño a si mismo u otros y/o pacientes con alteraciones del comportamiento moderadas y/o angustia severa.

Presentación típica: Angustia, irritabilidad, riesgo de agitación, conducta introspectiva, comprensión ambivalente del tratamiento. Síntomas psicóticos: Algunos problemas metabólicos y toxicológicos u otras etiologías orgánicas pueden explicar, a veces, los síntomas de estos pacientes. Si una psicosis o agitación aguda forman parte de un problema psiquiátrico conocido, el paciente y la urgencia se benefician de una intervención rápida incluso con el uso de antipsicóticos y sedantes (contención química) o, si es necesario, de la contención física.

Nivel 4. (Atención por parte de Médico y enfermería en 60 minutos). Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: problema de salud mental semi-urgente.

Ningún riesgo inmediato de daño a sí mismo o a otros bajo observación. Angustia moderada

Presentación típica: Paciente irritable sin agresividad, cooperador, cuenta historia coherente. Ideas suicidas - depresión: pacientes que expresan ideas suicidas o puedan haberlas expresado pero que no parecen agitados. Signos vitales normales. El riesgo suicida y la posibilidad de una intoxicación voluntaria son a menudo difíciles de identificar, estos pacientes deben ser acompañados por una persona responsable y/o auxiliar de urgencias para ser reevaluados periódicamente. El personal de triaje debe dar pruebas de empatía y, en la medida de lo posible, acompañar al paciente en un lugar tranquilo y seguro.

Nivel 5. (Atención por parte de Médico y enfermería en mas 120 minutos) Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: Paciente conocido con síntomas crónicos, crisis social, paciente clínicamente asintomático.

Ningún peligro de daño para el mismo u otros y/o ninguna señal de ansiedad aguda y/o ninguna alteración del comportamiento.

Presentación típica: Cooperador, comunicativo y capaz de seguir un plan de tratamiento, capaz de discutir sobre su comportamiento, obediente a las instrucciones recibidas. Problemas psiquiátricos: la razón de consulta puede parecer menor o insignificante desde el punto de vista del personal, pero estos pacientes pueden sentirse frustrados por la falta de una respuesta satisfactoria de los servicios de salud. También puede haber falta de informaciones sobre las opciones alternativas. El personal debe ser receptivo y sensible a los aspectos socioeconómicos y culturales del paciente, lo que permitirá evaluar y estimar el nivel de cuidados requeridos y el grado de peligrosidad. Se pueden presentar depresiones crónicas o recurrentes, trastornos de la personalidad o de control de los impulsos, ciertos problemas psiquiátricos crónicos más serios o algunos problemas de comportamiento sin signos de deterioro. Deben explorarse las funciones mentales superiores y los signos o síntomas somáticos o vegetativos (apetito, peso, sueño, etc.), y las constantes vitales.

ANEXO 2: FORMULARIOS

FORMULARIO Nº 1: CONFIRMACION GUARDIAS DE PRESENCIA FÍSICA MIR FIRMADAS POR PSIQUIATRA

NOMBRE Y APELLIDOS	DIA GUARDIA	DIA GUARDIA	DIA GUARDIA	DIA GUARDIA
MIR 4				
MIR 4				
MIR 3				
MIR 3				
MIR 2				
MIR 2				
MIR 1				
MIR 1				
MIR FAMILIA				

FORMULARIO Nº 2: AUTORIZACION CAMBIO LIBRANZA DE GUARDIA

Debido a necesidades urgentes del Servicio el/la Dr./Dra. _____

_____ no pudo librar el día siguiente de su guardia de
_____.

Se autoriza a que utilice ese día de libranza el _____

Toledo, _____ de _____ de 201____

Fdo: Jefe del Servicio de Psiquiatría

FORMULARIO Nº 3: AUTORIZACION DE CAMBIO DE GUARDIA

Se autorizan los siguientes cambios de guardias:

El _____ de _____ de 201____ el/la Dr./Dra.
_____ efectuará la guardia que tenía asignada el/la Dr./Dra.
_____.

El _____ de _____ de 201____ el/la Dr./Dra.
_____ efectuará la guardia que tenía asignada el/la Dr./Dra.
_____.

El _____ de _____ de 201____ el/la Dr./Dra.
_____ efectuará la guardia que tenía asignada el/la Dr./Dra.
_____.

El _____ de _____ de 201____ el/la Dr./Dra.
_____ efectuará la guardia que tenía asignada el/la Dr./Dra.
_____.

Toledo, _____ de _____ de 201____

Fdo: Jefe del Servicio de Psiquiatría

FORMULARIO Nº 4: CALENDARIO DE GUARDIAS

CALENDARIO GUARDIAS 2010

2010						
lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo

FORMULARIO Nº 5: FIRMA ENTREGA VALES DESAYUNO

FIRMA ENTREGA VALES DESAYUNO

2010						
lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Normativa de guardias de los médicos en formación del Complejo Hospitalario de Toledo. Comisión de Docencia. Noviembre de 2009.
- 2.- Barca Fernández I, Parejo Miguez R; Julián Jiménez A.: El Médico Interno Residente en Urgencias., Aspectos Médico-Legales.
Versión html del archivo <http://www.cht.es/docenciamir/Manual/Cap03.pdf>.
- 3.- Larumbe Iriarte J C, Martínez Bayarri Ubillos E, Aranguren Erdozain E, Capel del Río. J A. Modelos de triaje en salud Mental. Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra. En http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/noviembre/triaje.pdf
- 4.- Teijeiro R. Triade en la psiquiatría de urgencias. Interpsiquis. 2005. Versión Web: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiq_de_enlace/20303/