

# **PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES (CHUC).**

Servicio que lo presenta: SERVICIO DE URGENCIAS DEL CHUC.

Fecha: elaborado en noviembre el 2019.

Fecha Aprobación por Comisión de Docencia CHUC: 11-12-2019

Este protocolo se ha realizado de manera consensuada por:

- Dirección Médica
- Comisión de Docencia
- Servicio de Urgencias

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES:

Durante la formación del residente, este debe adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para la atención del paciente con patología urgente. Su periodo de formación en la Unidad de Urgencias es muy importante por la diversidad y el volumen de pacientes, siendo una pieza clave en la docencia y formación del Médico Residente. Pero debido a la presión asistencial que se vive en la urgencia es, en ocasiones, difícil conseguir que este aprendizaje sea fácil.

La formación implica la asunción de responsabilidad de manera progresiva durante su estancia en la unidad de urgencias. Este nivel de responsabilidad supone, de forma paralela, que la supervisión realizada por los médicos adjuntos será decreciente a medida que se avance en la adquisición de los conocimientos y habilidades previstas en la formación hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de su actividad asistencial.

**La supervisión de los residentes** queda definida en el **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 concreto en el **CAPÍTULO V Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, en el Artículo 15. “La responsabilidad progresiva del residente”**:

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 los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.*

2. *Dicho sistema 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.*

2 *En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, 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.*

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 prestando 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.*

*4 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. En todo caso, el residente, que 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.*

*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 consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.*

El **objetivo de este protocolo** es establecer el GRADO DE SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y SU NIVEL DE RESPONSABILIDAD; de manera que, dependiendo del año de formación, de las habilidades, aptitudes, actitud y competencia del residente, se vaya adoptando una responsabilidad progresiva creciente e inversamente proporcional a la necesidad de supervisión.

El médico residente deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo las indicaciones de los adjuntos sin perjuicio de plantearles cuantas cuestiones se susciten durante las guardias. En ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un médico, siendo su derecho el de recibir docencia y supervisión y su deber, prestar una labor asistencial. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda, en el momento que considere oportuno.

El médico residente durante las guardias en el **Servicio de Urgencias Hospitalarias** prestará sus servicios BAJO LA SUPERVISIÓN de los médicos responsables de la unidad. Los pacientes serán asignados a los médicos residentes tras efectuar el triaje, atendiendo a criterios de capacidad, interés docente y equidad en la carga de trabajo.

El **Triaje** es un proceso por el cual una persona es valorada a su llegada al centro hospitalario para determinar su problema y asignar el recurso apropiado para darle solución al mismo. Este paso es efectuado en el **CHUC** por un médico y un enfermero. Incluye la

recepción y acogida del paciente, su valoración, su clasificación y su distribución, y nos permite identificar rápidamente al paciente en situación de riesgo vital, asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, determinar el área más adecuada para su tratamiento y, por último, informar al paciente y a sus acompañantes sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable. En este momento se establecerá el **nivel de prioridad** en la atención:

I Rojo	urgencia vital
II Naranja	emergencia
III Amarilla	urgencia
IV Verde	urgencia menor
V Azul	situación no urgente

Desde el triaje se asignarán los pacientes a los médicos residentes de guardia según el nivel de prioridad y el año de residencia. De esta forma los PACIENTES DE NIVEL DE PRIORIDAD V (SITUACIÓN NO URGENTE) SON ASIGNADOS A LOS R1, los de nivel IV (urgencia menor) serán asignados a los R2-R3. Los de prioridad III-II serán asignados a R4 y adjuntos de urgencias con la colaboración de los R3 si se precisa. El nivel I será atendido por los adjuntos de urgencias con la colaboración de R4 y R3.

Su **actuación** comprenderá:

- ✓ Complimentación de la historia clínica y del informe de Urgencias.
- ✓ Realización de exploraciones clínicas.
- ✓ Solicitud e interpretación de exploraciones complementarias.
- ✓ Emisión de juicio diagnóstico.
- ✓ Prescripción de tratamiento, así como cuantas actuaciones médicas sean precisas.
- ✓ Información al paciente y familiares: Periódicamente se informará del estado del enfermo a él mismo y familiares, siendo obligatoria la información tras la primera valoración, cuando exista presunción diagnóstica y al alta de urgencias
- ✓ Complimentación de los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, de los partes judiciales y documentación que sea necesaria (todo ello con el asesoramiento del adjunto de urgencias).
- ✓ Comunicación a los compañeros que entren en el turno siguiente, de la situación clínica de los pacientes a su cargo.

De forma general, los **objetivos docentes de la actividad en el Servicio de Urgencias serán:**

- ✓ Desarrollar las habilidades y la capacitación necesarias para la atención de pacientes con patología aguda que acuden al Servicio de Urgencias.
- ✓ Conseguir destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- ✓ Incrementar de forma progresiva el nivel de responsabilidad y alcanzar la necesaria seguridad en la toma de decisiones clínicas en el manejo del paciente en un Servicio de Urgencias.

### **Funciones del Médico de Urgencia hospitalaria en relación al personal médico en formación:**

- ✓ Con carácter general se encargará de SUPERVISAR A LOS RESIDENTES, debiendo estar al corriente de las decisiones de importancia que éstos tomen.
- ✓ Visará los formularios con órdenes de tratamiento relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el RESIDENTE DE PRIMER AÑO.
- ✓ Autorizará el paso a la observación de un paciente, el ingreso, el traslado a otro Hospital, o el Alta.
- ✓ Todos los médicos adjuntos de los Servicio de Urgencias, y los responsables de los Servicios, lo son también de la tutela y supervisión del residente (Decreto 183/2008, Art. 14 establece el “deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes”).

## **2. NIVELES DE SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES**

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

- **Nivel de supervisión alto (3):** el residente sólo tiene CONOCIMIENTO TEÓRICO de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y OBSERVADAS/ ASISTIDAS en su ejecución por el residente.
- **Nivel de supervisión medio (2):** el residente tiene SUFICIENTE CONOCIMIENTO, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Las actividades se realizan bajo la supervisión directa del adjunto de plantilla.
- **Nivel de supervisión bajo, a demanda (1):** las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo ACTUACIONES DE MANERA INDEPENDIENTE, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

## **3. SUPERVISIÓN Y FUNCIONES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

### **3.1. RESIDENTES DE 1º AÑO:**

La SUPERVISIÓN del residente de primer año se llevará a cabo por los médicos adjuntos de la Unidad de Urgencias que visarán por escrito las altas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los

residentes de primer año.

SUPERVISARÁN las situaciones en las que el residente solicita la mediación o interlocución con un Adjunto de otro servicio.

Al inicio de la guardia, en el Triage, SE DESIGNARÁ EL ADJUNTO DE URGENCIAS RESPONSABLE DE LA TUTORIZACIÓN DE CADA R1.

### **FUNCIONES:**

- ✓ Realizará una valoración inicial del paciente mediante una correcta historia clínica (anamnesis y completa exploración física) del mismo (nivel de supervisión 3-2, de forma progresiva, iniciándose en los 3 primeros meses como mínimo con nivel supervisión 3).
- ✓ Emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico del proceso urgente por el que consulta el paciente, que planteará al adjunto responsable (nivel de supervisión 3-2, de forma progresiva, iniciándose en los primeros meses con nivel supervisión 3).
- ✓ En sus primeras guardias, como norma, no deberá solicitar pruebas complementarias ni indicar un tratamiento sin consultar al adjunto responsable de su supervisión o residentes mayores, con quienes acordará dichas decisiones. Posteriormente irá adquiriendo la capacidad de solicitar las pruebas complementarias habituales (Rx simple, ECG, analítica básica), debiendo consultar la solicitud de otras pruebas más específicas (Ecografía, TAC), no realizando en solitario las interconsultas a otras especialidades y/o servicios de guardia (Cardiología, Neurología, Medicina Interna, etc.).
- ✓ Será responsable de informar al enfermo y a los familiares a su llegada al servicio de urgencias y siempre que la situación o las circunstancias lo requieran acompañado por el adjunto responsable en sus primeras guardias.
- ✓ Deberá informar al finalizar su turno de guardia a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes que estén a su cargo en ese momento.
- ✓ Aprenderá a interpretar correctamente en el contexto de la clínica del paciente las pruebas complementarias habituales (Rx, ECG, analítica...).
- ✓ Todos los informes de alta, partes judiciales, partes de defunción y otros documentos médico-legales que emitan los R1 deberán ser supervisados y firmados por un médico adjunto que haya realizado la supervisión clínica del paciente, a quién se reasignará informáticamente el paciente.

Los MIR que realizan guardias en urgencias durante su primer año de rotación son:

ÁREA MÉDICA	ÁREA QUIRÚRGICA
Medicina Familiar y comunitaria	Anestesiología y Reanimación
Alergología	Cirugía General
Digestivo	Cirugía Ortopédica y Traumatología
Cardiología	Cirugía Plástica y Reparadora
Geriatría	Obstetricia y Ginecología
Hematología	Oftalmología
Inmunología (cuando proceda)	Otorrinolaringología
Medicina Intensiva	Urología
Medicina Interna	
Medicina Preventiva (cuando proceda)	
Nefrología	
Neumología	
Neurología	
Oncología médica	
Endocrinología	
Radiodiagnóstico	
Psiquiatría	
Pediatría*	
* Desde el día 1 de diciembre los R1 DE PEDIATRÍA realizan guardias en urgencias. Al igual que a los demás R1, desde el Triage, SE LES ASIGNARÁ, AL INICIO DE SU GUARDIA, UN ADJUNTO DE URGENCIAS RESPONSABLE DE SU TUTORIZACIÓN.	

### 3.2. 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. Podrá firmar documentos de alta.

Con objeto de intentar compatibilizar al máximo la actividad docente con la asistencial, se dispondrá que los R 2 de especialidades distintas a los de Medicina Familiar y Comunitaria. tendrán como actividad prioritaria la asistencia en urgencias de aquellos pacientes que más en relación estén con su especialidad, si bien eso no irá en detrimento de un actividad laboral más global en determinados momentos de la guardia, según la presión asistencial y la distribución uniforme y equitativa de tareas entre los componentes de la guardia de urgencias, ya que se considera que la formación hospitalaria debe ser lo más multidisciplinar posible para completar tanto una formación médica general como especializada.

CONTARÁN CON LA DISPONIBILIDAD DE LOS ADJUNTOS DE LA UNIDAD DE URGENCIAS y resto de profesionales que presten servicios en las distintas especialidades para cuantas dudas puedan surgir durante la guardia, aunque podrán contar también con el asesoramiento o ayuda de los MIR de 3º y 4º año.

#### FUNCIONES:

- ✓ Realizará una correcta y completa historia clínica y exploración física del paciente, haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo.
- ✓ Emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico del proceso urgente. Establecerá un diagnóstico final y podrá ser capaz progresivamente en gran parte de los pacientes de decidir el destino y tratamiento final de pacientes, consultando si es necesario al médico adjunto responsable.
- ✓ Estará capacitado para solicitar las pruebas complementarias habituales (Rx, ECG, analítica), así como para interpretarlas en el contexto de la valoración global del paciente y así definir más completamente el diagnóstico, tratamiento y destino del paciente.
- ✓ Adquirirá criterio para solicitar pruebas más específicas (Ecografía, TAC), así como para solicitar interconsulta a otras especialidades (Cardiología, Neurología, Medicina Interna, etc.) con la colaboración del adjunto o residente de mayor año.
- ✓ Se responsabilizará de informar al paciente y a los familiares a su llegada a urgencias y en el momento de tomar decisiones sobre el destino del paciente (alta, ingreso, observación).
- ✓ Adquirirá progresivamente técnicas y habilidades básicas de urgencias: vías venosas, paracentesis, toracentesis, punción lumbar, sondaje vesical, sondaje nasogástrico, etc.
- ✓ Informará al acabar su turno de guardia a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes que se encuentren a su cargo en ese momento.



Los residentes de 2º año que realizan guardias en urgencias:

ÁREA MÉDICA
Medicina Familiar y comunitaria
Alergología
Digestivo
Cardiología
Geriatría
Hematología
Inmunología
Medicina Intensiva
Medicina Interna
Nefrología
Neumología
Neurología
Oncología médica
Pediatría*

### 3.3. RESIDENTES DE TERCER Y CUARTO AÑO

Deberán **PROGRESAR EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE CARÁCTER URGENTE**, perfeccionando las habilidades adquiridas el año anterior y asumiendo un mayor nivel de responsabilidad progresivamente, de modo que LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES NO ESTARÁN TUTELADAS directamente y que sean prácticamente autónomo en su 4º año de residencia.

#### FUNCIONES:

- ✓ Colaborarán en la organización de la labor asistencial en las distintas áreas de asistencia en urgencias (triaje, boxes, observación), controlando necesidades del momento y en colaboración con los Adjuntos.
- ✓ Apoyarán a los demás médicos en formación (R1 y R2), orientándolos y asesorándolos cuando estos lo precisen, colaborando en la asistencia y formación.
- ✓ Participará, bajo la supervisión del médico adjunto responsable, en la asistencia a enfermos críticos (G), y en las funciones de reanimación, con aplicación de habilidades y conocimientos de soporte vital avanzado para el manejo del paciente crítico en el Servicio de Urgencias.
- ✓ La labor de los residentes de tercer y cuarto año en puesto de Observación consistirá en el manejo de los pacientes desde el principio hasta el destino final del mismo: revisión de anamnesis, valoración de la situación, conocimiento de las pruebas solicitadas, revisión de tratamientos pautados e indicación de otros que se consideren en función de la patología del paciente, revisión y valoración de los resultados analíticos así como control y tratamiento de las disfunciones que se observan en los mismos y todas aquellas otras actuaciones necesarias hasta decidir su destino final: alta hospitalaria, remisión a consultas externas, solicitar valoración a los facultativos de guardia de presencia física cuando consideren indicado el ingreso hospitalario.

- ✓ Según las necesidades del servicio y/o la presión asistencial del momento asistirán pacientes pendientes de ver y que sean candidatos a ubicarse en observación.
- ✓ Tendrán un adjunto asignado durante la guardia para consulta de los casos complejos, graves o conflictivos.

Los residentes de 3º y 4º que realizan guardias en Urgencias:

ÁREA MÉDICA
Medicina Familiar y comunitaria
Alergología
Digestivo
Geriatría
Hematología
Medicina Interna
Neumología
Neurología
Oncología médica

NOTA: Si se considera que el residente, en cualquiera de los años de formación, no reúne la capacitación necesaria para asumir este nivel de responsabilidad, se pondrá en conocimiento a través del Tutor/a de Urgencias, quién lo comunicará asimismo al Jefe de Estudios y al Jefe de Servicio sin esperar al período de evaluación anual. Una vez analizadas las circunstancias se podría denegar este nivel de responsabilidad o retrasarlo en el tiempo hasta que el residente esté capacitado. Para facilitar la corrección de dicha carencia formativa y la correcta adquisición de las competencias necesarias se pondrán los medios docentes necesarios.

#### **4. ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL AREA DE URGENCIAS Y NIVEL DE SUPERVISIÓN**

Habilidad:	Nivel de Supervisión:			
	R1	R2	R3	R4
Presentarse e información a familiares y enfermo.	2	1	1	1
Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta.	3-2	1	1	1
Exploración física general y específica según la orientación clínica	3	1	1	1
Valoración de la gravedad de un paciente.	3	2	1	1
Evaluación del estado mental de paciente.	3	2	1	1
Utilización racional e interpretación de las pruebas complementarias básicas (analítica, ECG, radiografías simples).	3-2	1	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales.	3	2	1	1
Solicitud de interconsulta a especialistas.	3	2	1	1
Realización de técnicas diagnósticas (paracentesis, toracentesis, punción lumbar, artrocentesis, accesos venosos, punción arterial radial para obtención de gasometrías).	3	2	1	1

Habilidad:	Nivel de Supervisión:			
	R1	R2	R3	R4
Sondaje vesical y nasogástrico.	3	2	1	1
Monitorización de un paciente urgente.	2	1	1	1
Utilización de principales fármacos de la urgencia.	3	1	1	1
Uso de antibióticos.	3	2	1	1
Valoración inicial del politrauma.	3	2	2	1
RCP básica.	3-2	1	1	1
RCP avanzada y soporte ventilatorio no invasivo.	3	3	2	1
Decisión del destino del enfermo de urgencias: alta, ingreso.	3	2	1	1
Detección y manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo.	3	2	1	1
Manejo del paciente con dolor torácico.	2	1	1	1
Manejo de la insuficiencia cardiaca en Urgencias.	3	2	1	1
Manejo del shock.	3	2	2	1
Manejo de las bradiarritmias.	3	2	1	1
Manejo de las taquiarritmias.	3	2	1	1
Protocolo de cardioversión eléctrica de Urgencia.	3	3	2	1
Tratamiento farmacológico de la HTA.	2	1	1	1
Manejo de la Ventilación Mecánica no Invasiva.	3	3	2	1
Manejo de la terapia broncodilatadora.	2	1	1	1
Sospecha diagnóstica y terapéutica de la ETEV.	3	2	1	1
Manejo de la Hemoptisis.	2	1	1	1
Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía.	3	2	1	1
Toracentesis.	3	3	2	1
Manejo del derrame pleural.	2	2	1	1
Manejo del Síndrome Confusional.	2	2	1	1
Manejo de las Cefaleas.	2	1	1	1
Detección y atención inicial al código ictus y resto de accidentes cerebrovasculares.	3	2	1	1
Enfoque del paciente con mareo, vértigo, síncope.	2	2	1	1
Manejo de las crisis comiciales y status epiléptico.	3	2	1	1
Punción Lumbar (indicaciones y técnica).	3	3	2	1
Sospecha y tratamiento de meningitis y encefalitis.	3	2	1	1
Manejo del paciente con dolor abdominal agudo.	2	1	1	1
Técnica de paracentesis.	3	2	1	1
Manejo del paciente con hemorragia digestiva.	3	2	1	1
Manejo del paciente con fracaso renal agudo.	3	2	1	1
Conocimiento de la enfermedad renal crónica.	2	1	1	1
Manejo de la enfermedad litiásica renal.	2	1	1	1
Manejo de la macrohematuria en Urgencias.	2	1	1	1
Manejo del escroto agudo.	3	2	1	1
Manejo de la patología tiroidea urgente.	3	2	1	1
Manejo de la hipo e hipernatremia.	3	2	1	1
Manejo de la hipo e hiperpotasemia.	3	2	1	1
Manejo de las alteraciones del calcio.	3	2	1	1

Habilidad:	Nivel de Supervisión:			
	R1	R2	R3	R4
Manejo de las descompensaciones glucémicas agudas.	3	2	1	1
Conocimiento de los fármacos antidiabéticos.	2	2	1	1
Conocimiento de los fármacos anticoagulantes.	2	1	1	1
Detección y tratamiento de la Sepsis.	3	2	1	1
Manejo del paciente con fiebre de origen desconocido.	2	1	1	1
Manejo de las artritis agudas y subagudas.	2	1	1	1
Colocación de vendajes, férulas y yesos.	3	2	1	1
Manejo de la cervicalgia, cervicobraquialgia , lumbalgia y lumbociatalgia.	3-2	2	1	1
Diagnóstico y tratamiento inicial de esguinces y fracturas.	3	2	1	1
Enfoque de las lesiones dermatológicas más frecuentes.	3-2	1	1	1
Manejo de las infecciones de partes blandas.	3-2	1	1	1
Tratamiento y conocimiento de la técnica de sutura.	3	2	1	1
Manejo del paciente con angioedema.	3-2	2	1	1
Manejo del paciente con urticaria.	2	1	1	1
Manejo de la patología vascular periférica.	2	1	1	1
Manejo del pie diabético.	2	1	1	1
Detección y manejo inicial de síndrome aórtico agudo.	3	2	1	1
Manejo de la otoscopia.	3-2	1	1	1
Manejo de la patología otológica más prevalente.	3-2	1	1	1
Manejo de la epistaxis y técnica de taponamiento nasal.	3	2	1	1
Manejo de la disnea de vía respiratoria alta.	3	2	2	1
Manejo del paciente intoxicado.	3	2	1	1
Conocimiento de la farmacología de emergencia (drogas vasoactivas, antídotos, etc... ).	3	2	1	1
Manejo del paciente alcohólico agudo y crónico.	3	2	1	1
Control farmacológico de la agitación psicomotriz.	3	2	1	1
Exploración psicopatológica básica.	3-2	2	1	1
Manejo del ojo rojo.	3-2	2	1	1
Atención inicial al paciente quemado.	3	2	1	1
Atención al paciente con hipotermia e hipertermia.	3	2	1	1
Manejo del TCE.	3	2	1	1
Manejo del traumatismo torácico.	3	2	1	1
Manejo del paciente politraumatizado severo.	3	2	2	1
Manejo del paciente con patología raquimedular de Urgencia.	3	3	2	1
Manejo del síndrome febril en pediatría.	3-2	1	1	1
Broncoespasmo en pediatría.	3	2	1	1
Dolor abdominal en pediatría.	3-2	2	1	1
Manejo de preeclampsia y eclampsia.	3	2	1	1
Tratamiento agudo de patología perianal.	3-2	1	1	1
Conocimiento de enfermedades de declaración obligatoria.	3-2	1	1	1
Manejo y tratamiento de la ITS.	3	2	1	1
Detección y actitud ante una agresión de género y sexual.	3	2	1	1

Habilidad:	Nivel de Supervisión:			
	R1	R2	R3	R4
Conocimiento de los protocolos NBQ.	3	2	1	1
Conocimiento de los protocolos de aislamiento.	3	2	1	1
Conocimiento de enfermedades infecciosas de alerta sanitaria.	3	2	1	1
Analgesia en urgencias.	3-2	1	1	1
Sedación en urgencias.	3	2	1	1

Nota: 3-2: Los R1, en los primeros meses tendrán un nivel de supervisión 3 y progresivamente, según la actividad referida, adquirirá el nivel 2.

## 5. AUSENCIAS JUSTIFICADAS E INJUSTIFICADAS A LA GUARDIA.

Los residentes tienen la obligación de comunicar a sus responsables la ausencia al trabajo. Enviarán un justificante o baja laboral a la secretaría de docencia. La ausencia a la guardia siempre debe ser justificada y comunicada.

La ausencia injustificada a una guardia es una falta grave y por tanto el infractor puede ser sancionado. **Las ausencias NO justificadas supondrán un expediente informativo por parte de la Comisión de Docencia.**

La realización de la guardia es responsabilidad única del residente asignado según la plantilla mensual publicada. Por lo tanto, antes de faltar a una guardia deben agotarse todos los recursos a su disposición, siendo solución de extrema necesidad la comunicación de la ausencia por parte del residente al tutor de urgencias y a la unidad de urgencias. El tutor de urgencias será el encargado de encontrar a algún suplente si el residente no ha podido solucionarlo. La guardia se intentará cubrir de forma voluntaria. El residente suplente podrá elegir cambiar esa guardia por una posterior o realizar esta guardia como una extra.

En el caso de faltas por baja laboral, además de entregar la baja en recursos humanos y en su servicio, también deberá de avisar al Tutor de urgencias, quién intentará conseguir sustitutos para las guardias del mes en curso.

No se consideran justificaciones de ausencia a una guardia el no haber planificado las vacaciones, puentes, congresos, cursos.