

PROTOCOLO DOCENTE DEL AREA DE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

INDICE

1. Introducción.
2. Estructura del área de la planta de hospitalización
3. Organización del trabajo
4. Duración y tipos de rotación
5. Objetivos de la rotación
6. Labores del residente.

1. INTRODUCCIÓN.

La planta de hospitalización de Enfermedades Infecciosas está ubicada en la 4ª planta centro control B del edificio principal del hospital. Tiene 26 camas destinadas a pacientes con cualquier tipo de patología infecciosa o relacionada y que no precisen aislamiento respiratorio. La atención de los pacientes ingresados a nuestro cargo es la principal responsabilidad de nuestro servicio en el área de la hospitalización y por tanto está cubierta de forma diaria y continua.

2. ESTRUCTURA DEL AREA DE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Las 26 camas de hospitalización de la planta 4ª Centro/control B están atendidas por 4 equipos, dirigido cada uno de ellos por un médicos adjunto del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Cada equipo funciona, inicialmente, de forma independiente. Cada equipo de trabajo debe mantener actualizada toda la información de los pacientes ingresados, informes y analíticas previas, así como procurar disponer de toda la información microbiológica y complementaria relativa al paciente, lo cual permitirá una mayor eficiencia en el diagnóstico y tratamiento del mismo.

Los pacientes ingresan en la planta de Hospitalización por cuatro vías:

- a) Desde el Servicio de Urgencias
- b) Ingresos programados desde Consultas Externas (solicitados por médicos adjuntos de Enfermedades Infecciosas)

c) Traslados desde otros servicios de nuestro hospital (tras la aprobación de un médico adjunto de Enfermedades Infecciosas)

d) Traslados de otros hospitales nacionales, tras comunicación telefónica previa (y recepción de información escrita por fax) del caso.

Habitualmente, el médico especialista de guardia realizará la valoración inicial en el día del ingreso, y procederá a prescribir y ajustar la terapia requerida por el paciente. Se intentará tener una distribución equilibrada y uniforme de las habitaciones de hospitalización, que serán atendidas por cada uno de los 4 equipos.

3. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

A primera hora de la mañana y tras la sesión general de Servicio, cada equipo se reúne para planificar y organizar el trabajo diario (planta 4ª Centro-control A, habitación 437). Se realiza la valoración de los nuevos ingresos, de las gráficas de los pacientes y de las pruebas recibidas. Tras la revisión de toda la información reciente relativa a cada paciente, se procede al "pase de visita". En el control de Enfermería (Control B) se recaban las novedades ocurridas en las últimas horas de cada paciente, que refiera el personal de enfermería, y se procede a visitar a los pacientes ingresados.

A continuación, se procede a realizar las órdenes de tratamiento informatizadas en los diversos ordenadores disponibles en el despacho de médicos, con los oportunos cambios terapéuticos, que son comentados personalmente a Enfermería. La hoja impresa con las órdenes diarias de tratamiento es firmada por cada médico prescriptor.

La información clínica a los familiares de los pacientes ingresados se realiza entre las 13 y 13.30 horas en el control A (despacho de médicos). En casos especiales y siempre con consentimiento del paciente se ofrecerá información telefónica garantizando siempre su derecho de confidencialidad.

La recepción de información microbiológica relevante “a tiempo real” es de capital importancia para un mejor y más eficiente manejo del paciente ingresado. Parte de la labor como médicos especialistas consiste en agilizar y adelantar dicha información microbiológica. Disponemos para ello de acceso al sistema informático de Microbiología, con uso restringido mediante claves informáticas. Para muestras importantes o cuando sea preciso adelantar la información por motivos terapéuticos se realiza una llamada directa a las diferentes secciones del Servicio de Microbiología (hemocultivos, exudados, etc.). No obstante, se procura interrumpir lo menos posible al mismo, seleccionando lo verdaderamente urgente e intentando agrupar las llamadas. Siempre que sea posible uno de los miembros de cada equipo de trabajo debe acudir a la reunión con el servicio de Microbiología (“la firma”) que se realiza diariamente a las 13 horas en la planta –1 Izquierda (Servicio de Microbiología).

Todo paciente dado de alta recibe un informe clínico completo en el que consta la información relevante, y organizada según el modelo habitual disponible en el Hospital (dicho informe quedará integrado en el sistema informático “Cajal”). Es entregado personalmente por el médico responsable de la hospitalización, quién explica al paciente, y familiares acompañantes si procede, las órdenes terapéuticas y los consejos sobre el seguimiento y control del proceso que motivó el ingreso. Una copia queda archivada en la historia clínica del Hospital.

Al final de la mañana se hace una puesta en común de la situación, de las novedades y de los asuntos pendientes de cada uno de los pacientes. Si queda algún asunto importante de alguno de los pacientes que deba ser valorado ese día o hay un paciente inestable o grave debe avisarse al equipo médico que queda de guardia para su valoración posterior.

4. DURACIÓN Y TIPOS DE ROTACIÓN

El Servicio de Enfermedades Infecciosas carece de residentes propios. En la planta de hospitalización se integran básicamente dos tipos de residentes:

- a) Residentes de 1º y 2º año del hospital Ramón y Cajal de las siguientes especialidades: Dermatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología Radioterápica, Reumatología.

- b) Residentes de 3º- 5º año de Medicina Interna del H. Ramón y Cajal o procedentes de otros hospitales.

Como para el resto de áreas del Servicio (con las excepciones que se especifican más adelante) la rotación mínima de los residentes en el área de la planta de hospitalización será de dos meses, pudiéndose establecer rotaciones de mayor duración previo acuerdo. En términos generales no se prevé rotar dentro del área por los diferentes grupos de trabajo, salvo en el caso de rotaciones superiores a dos meses. Cada grupo de trabajo contará idealmente con un máximo de dos residentes rotantes.

5. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

Los objetivos generales que deben de alcanzarse tras la rotación por el área de la planta de hospitalización de Enfermedades Infecciosas son los siguientes:

- a) Ser capaz de orientar y hacer el diagnóstico diferencial detallado de los pacientes con las patologías infecciosas más habituales.

- b) Ser capaz de indicar correctamente las exploraciones complementarias más comunes.

- c) Ser capaz de interpretar los resultados de las pruebas microbiológicas y de los antibiogramas más comunes.

- d) Diseñar las pautas óptimas y posibles de tratamiento en cada caso y planificar el tratamiento secuencial y la duración del mismo.

- e) Adquirir habilidades suficientes para evaluar, informar y orientar a un paciente diagnosticado por primera vez de infección por VIH.

- f) Conocimiento de las principales patologías oportunistas que motivan el ingreso en el paciente infectado por VIH.

- g) Adquirir habilidades suficientes para el manejo correcto de las patologías infecciosas comunitarias más frecuentes: infección respiratoria, infección urinaria, meningitis, infecciones de piel y partes blandas, endocarditis, infecciones osteoarticulares y fiebre sin foco.

6. LABORES DEL RESIDENTE

El médico residente debe participar activamente en la labor del equipo de la planta para poder cumplir los objetivos. Su trabajo es supervisado estrechamente por los responsables del equipo al que sea asignado.

Dado que el perfil de los residentes que rotan por esta área de servicio es diferente (R1-R2 del hospital y R4-R5 de medicina interna de fuera del hospital), el nivel de responsabilidad y las tareas a desarrollar tienen que ser distintas y adaptadas a cada uno. No obstante hay una serie de tareas comunes que son realizadas por todos siempre bajo la supervisión de los médicos de plantilla responsables.

A continuación se especifican los niveles de responsabilidad asistencial y de adquisición de habilidades de la guía de formación de especialistas del Ministerio de Sanidad, para aplicarlos posteriormente a las funciones del residente dentro de la planta de Enfermedades Infecciosas.

NIVELES de RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL (AUTONOMÍA) (GUÍA de FORMACIÓN de ESPECIALISTAS. MINISTERIO de SANIDAD y CONSUMO)

- Nivel 1: Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de autorización directa. El residente ejecuta y posteriormente informa.
- Nivel 2: Actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del tutor.
- Nivel 3: Actividades realizadas por el personal sanitario del centro y asistidas por el residente.

NIVELES de ADQUISICIÓN DE HABILIDADES (GUÍA de FORMACIÓN de ESPECIALISTAS. MINISTERIO de SANIDAD y CONSUMO)

- Nivel 1: Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de autorización directa. El residente ejecuta y posteriormente informa.
- Nivel 2: Actividades que el residente debe practicar durante su formación aunque no alcance, necesariamente, la autonomía para su realización.
- Nivel 3: Actividades que requieren un periodo de formación adicional, una vez completa la formación básica durante la residencia.

LABORES ASISTENCIALES

A los médicos rotantes se les asigna los pacientes ingresados de los que serán encargados desde el ingreso hasta el alta. De cada uno de los pacientes se encargan de:

1) Conocer y “mantener” la historia clínica: (Nivel 1)

- Revisar la historia del ingreso actual. Rehistoriar al paciente que ingresa nuevo en la planta completando los datos nuevos que falten en la historia inicial. Hacer hincapié en los antecedentes personales y epidemiológicos que no siempre se recogen el día del ingreso. Reexplorar sistemáticamente al paciente (por falta de tiempo e intimidad la exploración física no suele ser exhaustiva en urgencias).
Establecer una valoración diagnóstica, un diagnóstico diferencial, el plan diagnóstico y terapéutico.
- Reclamar y revisar la historia clínica previa, realizando una hoja resumen de los problemas clínicos pasados y actuales en la que quedarán reflejadas las patologías previas y los tratamientos actualizados.
- Los comentarios evolutivos diarios y hoja resumen de analítica. En los comentarios de la evolución se reflejarán fundamentalmente las novedades más significativas del paciente (ejemplo: número de días de tratamiento antibiótico) y la actitud decidida frente a cada caso, remitiendo a la hoja resumen de analíticas si fuera necesario, reflejando en los evolutivos sólo los datos más significativos. Un esquema básico debe incluir (Esquema SOAP):
 - Constantes, balances
 - Síntomas **S**ubjetivos del paciente
 - Datos **O**bjetivos: exploración, analítica, pruebas complementarias...
 - **V**Aloración
 - **P**lan
- Realizar cada viernes un resumen esquemático de la situación de cada paciente para facilitar el pase de visita del fin de semana.
- El día del alta cerrar y unificar ordenadamente la historia.
- La realización del informe de alta es obligación del médico de plantilla de Enfermedades Infecciosas y habitualmente se emite el día del alta (nivel 3). Si esto no es posible, el residente puede por indicación de su adjunto, emitir un informe provisional da alta hospitalaria (Nivel 2).

2) Solicitar la analítica y pruebas complementarias que requiera el paciente, así como el seguimiento de los resultados de las mismas (Nivel 2):

- Evitar venopunciones innecesarias agrupando todas las peticiones el mismo día.
- Informar verbalmente a las enfermeras cuando hay peticiones especiales (protocolos, test de estimulación, niveles, recogida de orina de varias horas, envíos a Majadahonda...).
- Informar al paciente de las características de las pruebas solicitadas, especialmente en los estudios invasivos o que requieren administración de medicaciones o contrastes.
- Es de especial relevancia que los resultados analíticos básicos se obtengan antes de acabar la jornada laboral y que sean comentados con el médico de plantilla correspondiente.

3) Informar al paciente y familiares del curso evolutivo y pronóstico de la enfermedad (Nivel 1).

LABORES DOCENTES

1) Asistir puntualmente y con regularidad a las sesiones clínicas del Servicio, participando activamente.

2) Presentación de al menos una sesión (clínica o monográfica) a lo largo de la rotación.

3) Realizar una revisión bibliográfica actualizada (3 artículos máximo) de cada una de las patologías que hayan motivado el ingreso de los pacientes, que servirán para la discusión de cada caso.

NOTA: Las vacaciones, libranzas de guardias y otras ausencias del residente rotante deberán ser avisadas con antelación a los médicos adjuntos responsables del equipo al que esté asignado.