

PROTOCOLO SUPERVISIÓN RESIDENTES DE LA UNIDAD DOCENTE DE NEUROLOGÍA

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Autores:

Juan Carlos Portilla Cuenca
FEA Neurología
Tutores residentes de neurología

Inés García Gorostiaga
FEA Neurología
Co-tutora residentes de neurología

Marco normativo

Este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos formativos de la formación sanitaria especializada.

Para su elaboración se han tenido en cuenta los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008.

Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008)

Artículo 14. El deber general de supervisión.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que *integran las unidades docentes acreditadas para la formación* de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.

I. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de 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.

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.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un 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 consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento recoge las recomendaciones establecidas por el Jefe de servicio y los tutores de Neurología para supervisar tareas asistenciales significativas desempeñadas por los residentes de Neurología en el área de urgencias y en otras localizaciones específicas de la especialidad.

Este protocolo debe ser conocido por todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes en áreas del hospital en las que los residentes del servicio de Neurología han de desempeñar su actuación tanto en la jornada ordinaria como durante los periodos de atención continuada. Los tutores del servicio de Neurología haremos llegar este documento a sus residentes y a todos los especialistas del hospital que puedan participar en su formación.

2. OBSERVACIONES PARA COLABORES DOCENTES

Cada residente, durante las distintas rotaciones, tendrá asignado un colaborador docente responsable. El colaborador docente es un especialista de la plantilla que tendrá asignadas las tareas siguientes durante la duración de la rotación del residente en cuestión:

- Programar las actividades del residente en el Servicio, contemplando los objetivos establecidos por los tutores de Neurología, para esta rotación que constan en la guía docente de la especialidad.
- Evaluar cualitativamente el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos para esta rotación por la guía docente del servicio la especialidad.
- Evaluar cuantitativamente una serie de aptitudes y actitudes profesionales y de aprovechamiento del residente durante su rotación.
- Hacer cumplir al residente el régimen de jornada laboral y de descansos que están previstos por la legislación vigente
- Establecer una supervisión del residente, adecuada al año de residencia

3. SUPERVISION DURANTE LA RESIDENCIA

A. CONSIDERACIONES GENERALES

La formación especializada de residentes contempla:

- La asunción progresiva de responsabilidades.
- Un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta finalmente alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria.

El residente deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes unidades y secciones por donde estén rotando. El residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un facultativo, siendo su derecho recibir docencia y supervisión, así como su deber prestar una labor asistencial. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto supervisor.

B. NIVELES DE SUPERVISIÓN

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.

Supervisión de residentes de primer año:

- La supervisión de residentes de primer año será de presencia física.
- Se llevará a cabo por especialistas que presten servicio en los distintos dispositivos por los que los residentes estén rotando o prestando servicios de atención continuada.
- Se visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales.

Residentes de segundo año:

- En las tareas que incluyen competencias propias de la especialidad, precisan una supervisión de presencia física de un especialista, esto aplica muy especialmente a las guardias de especialidad.
- En tareas más generales cuyas competencias han debido ser adquiridas durante el primer año de residencia, no necesitarán una supervisión de presencia física de un especialista sino comentar con los colaboradores docentes sus actuaciones para que las validen a posteriori; en guardias generales, por tanto, no precisan supervisión de presencia física de un especialista.

Residentes de tercer año:

- La responsabilidad de los residentes irá aumentando de manera progresiva de forma que les serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.

Residentes de cuarto año:

- Los residentes de cuarto año actúan con un nivel de autonomía máximo (I) salvo para aquellas tareas que precisan cierto grado de superespecialización. Los residentes de último año, en los últimos seis meses de residencia, deben tener las competencias que se esperan de un especialista recién graduado. Estas competencias no incluyen aquellas actuaciones para las que se precisaría una capacitación específica.

Niveles de supervisión en guardias y atención continuada generales

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

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Uso de antibióticos | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Valoración inicial del politrauma | 3 | 3 | 2 | 1 |
| RCP básica | 3 | 1 | 1 | 1 |
| RCP avanzada y soporte ventilatorio no invasivo | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Decisión del destino del enfermo de urgencias: alta, ingreso convencional, ingreso en unidades especiales (UCC, UCI, UCIR) | 3 | 3 | 2 | 1 |

Niveles de supervisión de la especialidad

| Habilidad | Nivel de Supervisión | | | |
|--|----------------------|----|----|----|
| | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Presentarse e información a familiares y enfermo | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Comunicación de malas noticias | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta; y valoración de la gravedad de un paciente | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Exploración física general y específica según la orientación clínica | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Utilización racional de las pruebas complementarias | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Interpretación de neuroimagen (TAC craneal y RM cerebral) | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Indicación de pruebas diagnósticas especiales | 3 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|------|
| Solicitud de interconsulta a especialistas | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Técnica de Punción lumbar | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Técnica de Doppler transcraneal, troncos supraaórticos y estudio de shunt | 3 | 3 | 1 | 1 |
| Test clínicos de disfagia según protocolo de la Unidad de Ictus | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Técnica de Infiltración de toxina botulínica | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Técnica de Infiltración / bloqueo de nervios periféricos | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Realización de electromiograma | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Valoración del coma | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Código ictus | 3 | 3 | 2 | 2-1* |
| Diagnóstico de paraparesias agudas-subagudas | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Síndrome de Guillain-Barre | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Manejo de la crisis miasténica | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Pacientes inestables con compromiso orgánico grave | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Muerte cerebral | 3 | 2 | 2 | 2-1* |
| *El R4 está capacitado para la valoración de cualquier patología. No obstante, en el caso del código ictus y de la muerte cerebral está estipulado que debe haber un adjunto de presencia física que supervise el procedimiento completo. | | | | |