

PROTOCOLO SUPERVISIÓN DE RESIDENTES

UNIDAD DOCENTE DE

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

COMPLEJO HOSPITALARIO

UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Autores:

Juan Manuel Redondo Enríquez. MD. EDAIC.

Fernando G^a-Montoto Pérez. MD. PhD. EDAIC.

Tutores de Residentes de Anestesiología y Reanimación
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Objetivo del documento

El presente protocolo tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

A lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente.

En cumplimiento del artículo 15 del capítulo V del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos formativos del sistema de formación sanitaria especializada: “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”.

Tal y como se indica además en el citado Artículo, una vez aprobado, el protocolo es elevado a los órganos de dirección del centro para que el jefe de estudios consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

Ámbito de actuación

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en la Unidad Docente de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Marco normativo

Como se indicó previamente, 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.

1. 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.”

DOCENCIA Y APRENDIZAJE

La docencia para la formación de especialistas tiene una gran importancia puesto que supone:

- Método de perpetuar la especialidad.
- Modo de lograr un nivel cada vez mejor de formación de nuestros especialistas.
- Medio de fomentar la docencia e investigación en un servicio.

Por todo esto la formación de especialistas debe ser el objetivo primordial y mejor cuidado de la docencia en el Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Objetivos

El objetivo fundamental de la docencia es la formación mediante el sistema MIR de especialistas capaces del manejo clínico global de los pacientes, en las distintas situaciones propias de nuestra especialidad, asumiendo toda responsabilidad en el ejercicio profesional.

Para esto, a lo largo de su residencia el residente debe adquirir conocimientos extensos de la fisiopatología respiratoria, cardiocirculatoria, digestiva, neurológica, renal y neurohormonal y sus cambios en todas las situaciones quirúrgicas y críticas. Debe estar técnicamente preparado para aplicar los métodos anestésicos, analgésicos y farmacológicos, técnicas de reanimación respiratoria y cardiocirculatoria básicas y avanzadas, técnicas de monitorización incruenta y cruenta, tener conocimiento para interpretación de las distintas pruebas diagnósticas de imagen y poseer el debido juicio para la aplicación de medidas prioritarias de reanimación intra y extrahospitalarias.

Para lograr todos estos objetivos el residente de Anestesiología debe realizar un programa docente, que seguirá las directrices generales de la Comisión Nacional de la Especialidad, pero adaptándose a las características de nuestro Complejo Hospitalario.

El programa, repartido en cuatro años de formación, se expone detalladamente a continuación en base a:

OBJETIVOS DOCENTES

Conocimientos:

- Aprendizaje de conocimientos teóricos-prácticos de la especialidad.
- Capacidad de jerarquizar dichos conocimientos por su importancia.
- Capacitación de aplicar los conocimientos teóricos a la práctica.

Habilidades:

- Adquirir destreza suficiente en las técnicas inherentes a la especialidad, para solucionar problemas concretos.
- Dotar de eficacia práctica para aplicar las técnicas.
- Adoptar escala de prioridades de actuación.

HABILIDADES PRÁCTICAS

Se deben adquirir en base al conocimiento teórico previo de cada técnica, además deberá realizarse un número adecuado de veces para adquirir de forma progresiva dicha habilidad.

RI:

- . Exploración física general. Exploración neurológica.
- . Realización de un informe de ingreso.
- . Interpretación de pruebas preoperatorias básicas. Analítica, EKG.
- . RCP básica. Desfibrilación cardiaca. Ventilación con bolsa. Dispositivos para ventilación manual. IOT. RCP avanzada.
- . Parada cardiorrespiratoria: metodología, farmacología y monitorización.
- . Abordaje venoso: técnicas de punción y cateterización de venas periféricas.
- . Conocimiento y comprobación de sistemas de anestesia: caudalímetros, rotámetros, vaporizadores y circuitos principales.
- . Conocimiento y utilización de los monitores. Sistemas de monitorización.
- . Respiradores básicos: tipo, puesta en marcha y controles.
- . Técnicas de anestesia espinal. Bloqueos epidurales lumbares, bloqueos intradurales.
- . Cumplimentación básica de la gráfica de anestesia.

R2:

- . Abordaje venoso: técnicas de punción y cateterización de venas centrales y arteriales.
- . Técnicas de intubación nasal.
- . Intubaciones en pacientes con vía aérea compleja. Dispositivos de intubación no convencionales: MLA, fast trach,...
- . Medidas de transporte intrahospitalario de pacientes.
- . Nutrición parenteral y enteral.
- . Montaje de sistemas de asistencia ventilatoria.
- . Técnicas de anestesia regional. Bloqueos de plexos. Bloqueos periféricos.
- . Toma de muestras bronquiales ciegas.
- . Manejo de sistemas convencionales para la obtención de referencias bibliográficas.
- . Manejo de sistemas informáticos para la obtención de referencias bibliográficas.
- . Ingreso, evolución y tratamiento del paciente en Reanimación.

R3:

- . Cateterismo de la arteria pulmonar. Estudio hemodinámico y gasométrico.
- . Conocimiento de las técnicas de contrapulsación aórtica.
- . Punciones epidurales torácicas.
- . Bloqueos nerviosos periféricos de miembro inferior.
- . Drenaje torácico: técnicas de punción, métodos de punción y control.
- . Transporte extrahospitalario.
- . Control y manejo de la vía aérea difícil.
- . Reanimación inicial del paciente politraumatizado.
- . Intubación pulmonar selectiva.
- . Reanimación del Recién nacido.
- . Métodos de sustitución de la función renal.
- . Valoración de la monitorización de la presión intracraneal.
- . Elaboración de informes de alta en Reanimación.

R4:

- . Perfeccionamiento y ampliación de las técnicas anteriores.
- . Procedimientos ambulatorios en el dolor crónico.
- . Técnicas para el tratamiento del dolor agudo y crónico.
- . Traqueostomía de urgencia.

Estas habilidades prácticas deben realizarse durante la residencia con la finalidad de obtener un nivel de autonomía por parte del residente.

Estos niveles según la Comisión Nacional de la especialidad son:

. **Nivel 1.** Habilidades en las que los residentes deben alcanzar autonomía completa:

- Reanimación cardiopulmonar; básica y avanzada del adulto y del niño.
- Abordaje de vías venosas y arteriales.
- Cateterización de la arteria pulmonar.
- Estudio hemodinámico y gasométrico.
- Conocimiento y manejo de sistemas de anestesia y monitorización.
- Manejo de respiradores.
- Manejo del politraumatizado.
- Técnicas de anestesia general y locorregional.
- Técnicas para el tratamiento del dolor agudo y crónico.
- Control y tratamiento de complicaciones postoperatorias.
- Transporte intrahospitalario de pacientes.
- Nutrición enteral y parenteral.

. **Nivel 2.** Habilidades que debe practicar durante la formación, aunque no alcance la autonomía completa para su realización:

- Drenaje torácico.
- Transporte extrahospitalario de pacientes.
- Broncofibroscopia flexible.
- Técnicas de sustitución renal; hemodiálisis; hemodiafiltración.
- Preparación y redacción de trabajos científicos.
- Manejo del balón de contrapulsación aórtica.

. **Nivel 3.** Habilidades que deben conocerse, pero que requerirán un período de formación adicional una vez completada la formación general:

- Ecografía cardiaca.
- Pericardiocentesis.
- Diseño de protocolos de investigación.

NIVELES DE SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los MIR guarda relación con su nivel de conocimientos y su experiencia. Así tendrán tres niveles de supervisión:

1. Nivel de supervisión alto (3)
2. Nivel de supervisión medio (2)
3. Nivel de supervisión bajo (1)

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 6 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.

En nuestra especialidad se desglosa:

- R1 nivel 3 para todas las áreas y actividades.
- R2 nivel 3 para todas las áreas y actividades, menos nivel 2 para HIC y consulta.
- R3 nivel 2 para todas las áreas y actividades, menos nivel 1 para HIC y consulta, y nivel 2 para URPA y UCI de Anestesia.
- R4 nivel 2 para todas las áreas y actividades, menos nivel 1 para HIC y consulta. A 3 meses de finalizar pasa a nivel 1 para todas las áreas.