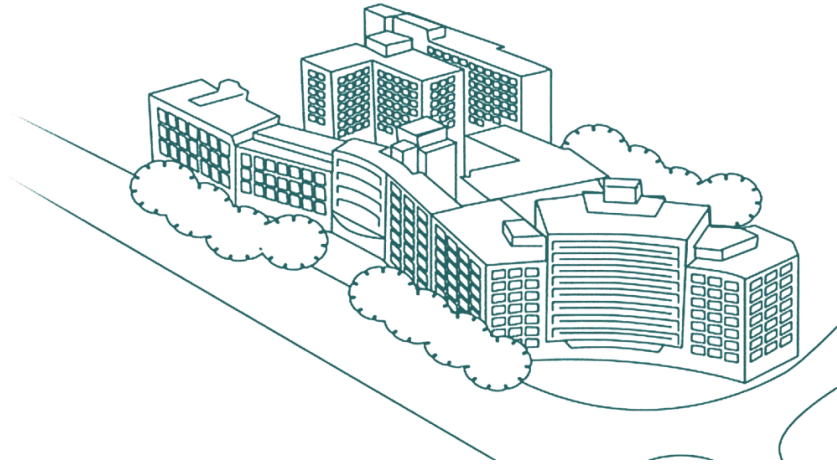


Protocolo de Supervisión de los Residentes de la Especialidad de Neurología



Madrid Febrero 2017

Autores

M Vanessa Pérez Gómez

Jefe de Residentes

Adjunta Servicio de Nefrología

Lucía Rodríguez Blanco

Jefe de Residentes

Adjunta Servicio de Psiquiatría

Claudia Bernárdez Guerra

Jefe de Residentes

Adjunta Servicio de Dermatología

Prof. Luis Muñoz Alameda

Vicepresidente Comisión Docencia

Jefe de Servicio de Anestesiología

Profesor Asociado de Cirugía UAM

Prof. Jerónimo Farré

Jefe de Estudios de FE

Jefe del Servicio de Cardiología

Profesor Titular de Medicina UAM

Ivana Zamarbide Capdepón

Tutor de Residentes

Adjunta Servicio de Neurología

Angel Martínez Pueyo

Tutor de Residentes

Adjunto Servicio de Neurología

presentada y aprobada por la CD en su reunión de 6 de abril de 2017

Índice

Preámbulo	3
Supervisión y autonomía progresiva durante la residencia	4
Supervisión de residentes de primer año	4
Supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año	4
Graduación de la supervisión de las actividades asistenciales.....	5
Niveles de supervisión generales y actuación en urgencias.....	6
Niveles de supervisión de la especialidad	7

Preámbulo

Toda la estructura del **Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD)** ha de estar en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de estudiantes, residentes y profesionales sanitarios, tal y como establece el RD 183/2008, de 8 de febrero y de acuerdo con lo señalado en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

El presente documento recoge las recomendaciones establecidas por la **Comisión de Docencia del HUFJD, el Jefe de Servicio y tutores** de la especialidad de **Neurología**, para supervisar tareas asistenciales significativas desempeñadas por los residentes 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 las áreas del hospital donde los residentes de la especialidad de **Neurología** han de desempeñar su actuación tanto en la jornada ordinaria como durante los periodos de atención continuada.

Los tutores de la especialidad de **Neurología** programarán las actividades de sus residentes en coordinación con los responsables de los equipos asistenciales de los dispositivos docentes que participan en el programa formativo de la especialidad, contemplando a nivel genérico y sujeto a posibles excepciones individuales que habrán de documentarse, un procedimiento que cubra

- el cumplimiento del itinerario formativo
- el logro de los objetivos docentes de cada rotación
- la integración en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, atendiendo al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto
- el establecimiento de una supervisión adecuada al año de residencia

La Comisión de Docencia del HUFJD llevará a cabo las acciones siguientes en relación con la cuestión de supervisión de residentes

- Establecer el grado de supervisión sugerido para actividades y procedimientos comunes a todos los residentes, incluida el área de urgencias
- Revisar y Aprobar protocolos de supervisión específicos para cada especialidad
- Revisar los documentos que se redacten cada 3 años
- Hacer circular este documento entre todos los facultativos del hospital y los propios residentes, y entregar una copia los residentes en su incorporación al HUFJD.

Supervisión y autonomía progresiva durante la residencia

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. La formación especializada de residentes contempla

- la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad de **Neurología**
- 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 de especialista en **Neurología**

En aplicación de ambos principios, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicio en los distintos dispositivos del HUFJD o de las rotaciones externas aprobadas, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

Supervisión de residentes de primer año

Hacemos especial hincapié en este punto por cuanto la normativa vigente indica que

- la supervisión de residentes de primer año **será de presencia física**
- se llevará a cabo por **especialistas**, es decir miembros de plantilla, que presten servicio en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que los residentes estén 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

Supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año

El mencionado Real Decreto diferencia el trato que han de tener los residentes a partir de su segundo año de formación, indicando que **la supervisión ha de ser progresivamente decreciente**. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir 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 por parte del residente. 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.

Graduación de la supervisión de las actividades asistenciales

Responsabilidad mínima, nivel 1: 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.

Responsabilidad media, supervisión directa, nivel 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.

Responsabilidad máxima, supervisión a demanda, nivel 3: 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.

Niveles de supervisión generales y actuación en urgencias

Habilidad	Nivel de Responsabilidad			
	R1	R2	R3	R4-5
Presentarse e información a familiares y enfermo	2	3	3	3
Comunicación de malas noticias	1	2	3	3
Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta; y valoración de la gravedad de un paciente	1	3	3	3
Evaluación del estado mental de paciente	1	3	3	3
Exploración física general y específica según la orientación clínica	1	3	3	3
Utilización racional de las pruebas complementarias (análisis e imagen básica) e interpretación de las mismas	1	2	3	3
Interpretación de ECG	1	2	3	3
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	1	2	3	3
Solicitud de interconsulta a especialistas	1	2	3	3
Realización de técnicas diagnósticas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis, accesos venosos y arteriales)	1	2	3	3
Sondaje vesical y nasogástrico	1	2	3	3
Monitorización de un paciente urgente	2	3	3	3
Utilización de principales fármacos de la urgencia	1	3	3	3
Uso de antibióticos	1	2	2	3
Valoración inicial del politrauma	1	1	2	3
RCP básica y avanzada soporte ventilatorio no invasivo	1	2	3	3
Decisión del destino del enfermo de urgencias: alta, ingreso convencional, ingreso en unidades especiales (UCC, UCI, UCIR)	1	1	2	3

Niveles de supervisión de la especialidad

1.-INTRODUCCION Y MARCO NORMATIVO

En el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, se insiste en la necesidad de existencia en cada centro de un plan de supervisión de la responsabilidad progresiva del residente.

Artículo 14. Recoge el “(...) **deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes (...), 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. Insiste en la **responsabilidad progresiva del residente**, recordando que “(...) **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.-RECURSOS ESTRUCTURADOS DESDE LA UNIDAD DOCENTE

1.- Aplicación informática FORSAN, aportada a los tutores por la Unidad Docente, y que nos permite supervisar aquellos aspectos en los que el residente cumple con los objetivos dados y aquellos otros en los que necesite mejorar. Además permite introducir reflexiones y aspectos más subjetivos también importantes para un seguimiento adecuado del residente. No hay por otro lado una buena supervisión sin una correcta evaluación que se especifica en el protocolo específico.

2.- Reunión mensual en la que contrastamos objetivos cumplidos, nos permite ver el compromiso con la formación que tiene el residente valorando la capacidad clínica, la realización de cursos de formación, participación en congresos y diferentes talleres orientados a su formación, así como el compromiso con la vocación investigadora de nuestro servicio, a través de la realización de publicaciones.

3.-NIVELES DE SUPERVISION

El plan de supervisión contribuye a una mejora en los aspectos docentes y a la seguridad jurídica. Ayuda a supervisar los procedimientos de trabajo y la seguridad de la atención médica que prestan.

El supervisor tiene un papel de consultor, asesor y regulador de la atención a los enfermos y establece la prioridad y la asistencia directa de los pacientes más críticos. Supervisará directamente a los médicos en formación de segundo año, en sus primeras guardias de especialidad, y de visar y firmar los documentos relacionados con su actividad asistencial. Respetando la autonomía progresiva de los residentes “mayores” canalizará las dudas que les surjan, orientándolos adecuadamente, reafirmando sus decisiones correctas y corrigiendo aquellas que considere oportuno

En este sentido se establecen 3 niveles de supervisión

Responsabilidad mínima, nivel 1: 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.

Responsabilidad media, supervisión directa, nivel 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.

Responsabilidad máxima, supervisión a demanda, nivel 3: 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.

4.-AMBITOS DE SUPERVISION

4.1-URGENCIAS (R1)

TAREAS DE RESIDENTE

1. Realizar una correcta historia clínica y exploración del paciente.
2. Emitir un diagnóstico de presunción.
3. Establecer un plan diagnóstico – terapéutico en el ámbito de la atención urgente, definiendo las pruebas y secuencia de las mismas a realizar, valorar las necesidades de tratamiento inmediato en función de la gravedad del caso.
4. Informar al paciente y familiares durante el proceso de atención en el S.U., haciendo especial hincapié en la información inicial (valoración de gravedad, intercambio de información y estimación de estancia y pruebas) y en la información final (alta o ingreso).

ASPECTOS DE SUPERVISION EN URGENCIAS

La supervisión deberá ser realizada por los colaboradores docentes asignados en la urgencia manteniendo una comunicación con el tutor responsable de los progresos del residente

La supervisión de residentes de primer año será por tanto de presencia física por parte de los colaboradores docentes en urgencias que visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

4.2.-PLANTA DE HOSPITALIZACION (R2)

Se ha elaborado un **plan de objetivos** durante la rotación en planta de hospitalización que el residente deberá conocer y cumplir.

El médico residente realizará la primera valoración de todos los pacientes hospitalizados. El horario laboral será de 8 a 15h, salvo los días correspondientes a las libranzas de guardia

TAREAS DE RESIDENTE

Tienen capacidad para tomar decisiones sobre las pruebas a realizar y los tratamientos. Tendrán un adjunto asignado en las guardias a su disposición para cuantas dudas puedan surgir durante la guardia de neurología.

1. La historia clínica y exploración física de todos los pacientes
2. Recopilación de la información relevante de los familiares del enfermo en caso de existir dificultades de expresión, de nivel de consciencia o de las funciones cognitivas, incluyendo entrevista telefónica con personal responsable del paciente en caso de institucionalización previa al ingreso.
3. Solicitud de las pruebas elementales (analíticas, radiología básica, EKG...) que considere indicado para valorar los pacientes.
4. Considerara junto con el neurólogo de planta qué pruebas adicionales son requeridas (RM, AngioTAC, EEG, EMG...)
5. Redacción de la nota de ingreso
6. Revisar resultados de pruebas complementarias.
7. Redacción de la hoja de tratamiento, supervisado por el neurólogo de planta
8. Información a pacientes o familiares en situaciones no comprometidas (asegurando siempre la confidencialidad)
9. Práctica de exploraciones invasivas para las que esté capacitado (punción lumbar,) siempre previo consenso con el neurólogo responsable de la supervisión.

ASPECTOS DE SUPERVISION DEL NEUROLOGO EN HOSPITALIZACION

El segundo año de residencia implica una formación progresiva y mas específica. La supervisión debe seguir siendo cercana pero el residente podrá adquirir “espacios de independencia “ en la medida que mejore su formación. Puesto que se trata de médicos de diferentes niveles de formación y experiencia, el grado de la supervisión variara en función de estas cualidades, siendo imprescindible la supervisión personal en las siguientes actuaciones o situaciones:

1. Ingresos de novo.
2. Decisiones de traslado de pacientes entre servicios.
3. Solicitud de exploraciones complementarias costosas, complejas o invasivas.
4. Aplicación de tratamientos parenterales: toxina botulínica e infiltración de nervios periféricos
5. Información a pacientes o familiares en caso de gravedad o conflicto
6. Elaboración de informes, peritajes u otros documentos

4.3.-INTERCONSULTAS

TAREAS DE RESIDENTE

1. La historia clínica y exploración física de todos los pacientes
2. Recopilación de la información relevante de los familiares del enfermo en caso de existir dificultades de expresión, de nivel de consciencia o de las funciones cognitivas, incluyendo entrevista telefónica con personal responsable del paciente en caso de institucionalización previa al ingreso.
3. Solicitud de las pruebas elementales (analíticas, radiología básica, EKG...) que considere indicado para valorar los pacientes.
4. Considerara junto con el neurólogo de planta qué pruebas adicionales son requeridas (RM, AngioTAC, EEG, EMG...)
5. Redacción de la nota de ingreso
6. Revisar resultados de pruebas complementarias.
7. Redacción de la hoja de tratamiento, supervisado por el neurólogo de planta
8. Información a pacientes o familiares en situaciones no comprometidas (asegurando siempre la confidencialidad)
9. Práctica de exploraciones invasivas para las que esté capacitado (punción lumbar,) siempre previo consenso con el neurólogo responsable de la supervisión.

Las decisiones finales de ingreso, alta o prescripciones de tratamiento deberán ser consultadas con el neurólogo supervisor en un tiempo razonable y proporcional a la gravedad y complejidad del caso.

ASPECTOS DE SUPERVISION DEL NEUROLOGO EN INTERCONSULTAS

Supervisar toda la actividad realizada por el residente. Puesto que se trata de médicos de diferentes niveles de formación y experiencia, el grado de la supervisión variara en función de estas cualidades, siendo imprescindible la supervisión personal en las siguientes actuaciones o situaciones:

1. Ingresos de novo.
2. Decisiones de traslado de pacientes entre servicios.
3. Solicitud de exploraciones complementarias costosas, complejas o invasivas.
4. Aplicación de tratamientos parenterales: toxina botulínica e infiltración de nervios periféricos
5. Información a pacientes o familiares en caso de gravedad o conflicto
6. Elaboración de informes, peritajes u otros documentos

Se comentará con el residente los diagnósticos topográficos, sindrómicos y etiológicos diferenciales, así como la orientación y toma de decisiones de los problemas planteados.

4.4.-ASPECTOS DE SUPERVISION EN 3º Y 4º AÑO DE RESIDENCIA

Durante los años de R3 y R4, los residentes rotan por diferentes rotaciones obligatorias y optativas que exigen una formación y unas tareas más concretas que son determinados en los objetivos específicos de cada rotación.

En cada rotación se asignara un colaborador docente que no solo deberá evaluar al residente sino que deberá comprometerse a realizar función de supervisión aunque más acorde al grado de formación y experiencia adquirida.

El residente ejercer su labor asistencial de forma autónoma, de acuerdo con la valoración previa del tutor y los facultativos responsables de su supervisión.

Muchos de los aspectos clínicos y tareas pasaran de un nivel 2 al nivel 3, debido a un mayor grado de autonomía. Aspectos asistenciales como el código ictus o la muerte cerebral deben ser supervisados siempre.

4.5.-ASPECTOS DE SUPERVISION DE RESIDENTES PROCEDENTES DE OTROS SERVICIOS

La actividad asistencial de los rotantes se centra en la valoración de paciente y en su orientación diagnóstica, participando junto al resto de residentes de las decisiones terapéuticas con un nivel de responsabilidad 2-3 según su año de residencia y experiencia previa, que será contrastada por el colaborador docente

4.6.- IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS ESPECIALMENTE SIGNIFICATIVAS DE LA ESPECIALIDAD PARA LAS QUE DEBAN ESTABLECERSE CRITERIOS ESPECÍFICOS DE SUPERVISIÓN

Habilidad	Nivel de Responsabilidad			
	R1	R2	R3	R4-5
Presentarse e información a familiares y enfermo	2	3	3	3
Comunicación de malas noticias	1	2	3	3
Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta; y valoración de la gravedad de un paciente	1	3	3	3
Exploración física general y específica según la orientación clínica	1	3	3	3
Utilización racional de las pruebas complementarias	1	2	3	3
Interpretación de neuroimagen (TAC craneal y RM cerebral)	1	2	3	3
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	1	2	3	3
Solicitud de interconsulta a especialistas	1	2	3	3
Realización de técnicas diagnósticas (punción lumbar)	1	2	3	3
Valoración del coma	1	1	2	3
Código ictus	1	1	2	2-3*
Diagnostico de paraparesias agudas-suabgudas	1	2	2	3
Síndrome de Guillain-Barre	1	2	2	3
Manejo de la crisis miasténica	1	2	2	3
Pacientes inestables con compromiso orgánico grave.	1	2	2	3
Muerte cerebral	1	2	2	2-3*
*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.				

5.-PLAN DE SUPERVISION DE GUARDIAS

Las urgencias hospitalarias son una parte fundamental en la formación del médico residente en neurología tal como aparece reflejado en el programa formativo de la especialidad especificado en el BOE (marzo 2007). En dicha actividad asistencial el residente debe afrontar el reto diagnóstico-terapéutico referido a pacientes que acuden a servicios de urgencias o en planta de hospitalización que manifiestan patología urgente que requiere una rápida resolución.

Los médicos residentes de primer año realizan guardias de urgencias, según el protocolo adjunto a dicho servicio. A partir del 2º año de residencia realizan **guardias de neurología** al mes bajo la supervisión de un adjunto especialista de alerta localizada.

En días laborables, el periodo asistencial de la guardia comienza a las **15:00h hasta las 8:00h** del día siguiente, bajo la supervisión de un adjunto especialista de alerta localizada.

En sábados y festivos, el periodo asistencial de la guardia cubre **24 horas**, bajo la supervisión de un adjunto especialista de alerta localizada.

RESPONSABILIDADES DE LOS RESIDENTES

Los médicos residentes deberán atender las solicitudes de atención urgente bien sean derivadas de la unidad de urgencias como de la planta de hospitalización, debiéndose personar ante el enfermo y procediendo a la resolución diagnóstico-terapéutica que requiera de acuerdo a sus conocimientos y capacitación, consultando al adjunto especialista de alerta cuantas dudas de surgieran a nivel de posibilidades diagnósticas como de aplicación en el manejo y tratamiento más óptimo.

Deberán notificar las situaciones de empeoramiento clínico de pacientes ya hospitalizados, los nuevos ingresos o traslados hospitalarios así como el fallecimiento de un paciente ingresado, procediendo a rellenar su certificado de defunción, previa información a la familia sobre las causas del fallecimiento.

RESPONSABILIDADES DE LOS MEDICOS ADJUNTOS ESPECIALISTAS

Los médicos adjuntos de alerta localizada deberán estar permanentemente localizables durante el periodo que dure la alerta
Atenderán las llamadas de los residentes de guardia, haciendo acto de presencia en el hospital cuando así lo requiera el residente ante la situación de urgencia que se pretende resolver.
Revisarán con el residente los nuevos ingresos así como las incidencias más importantes ocurridas, cada día en breve **sesión clínica de 8:00-8:15 horas**.

Deberán comunicar la información previa y hacer un ejercicio de coordinación con el médico asignado a la atención de las urgencias de mañana.

SITUACIONES ESPECIALES

El médico adjunto de alerta deberá personarse siempre en el hospital en las siguientes situaciones.

Activación de **código ictus**

Diagnóstico de **muerte cerebral**

Situación en la que por ausencia de conocimientos o capacitación el residente no sea capaz de resolver la situación de urgencia presentada