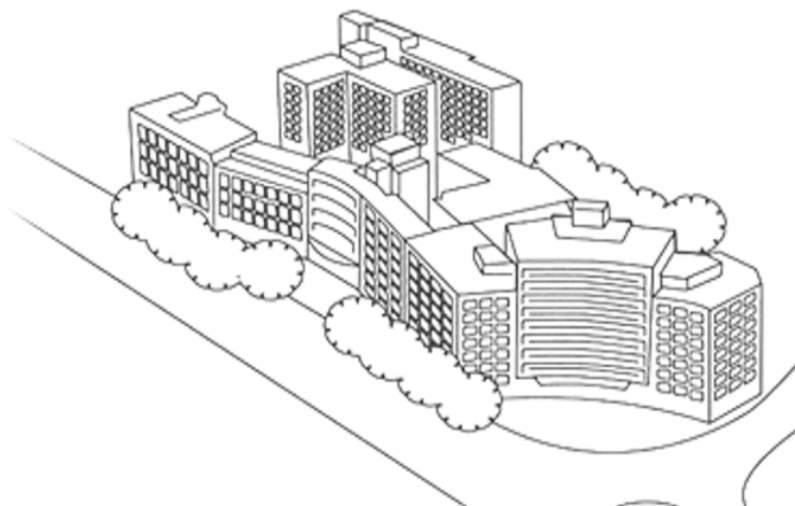


# Protocolo de Supervisión de los Residentes de la Especialidad de **NEUROLOGIA**



**Madrid, 2019**

## **Autores**

**Prof. Jerónimo Farré**

Jefe de Estudios  
Director de Docencia

**M Vanessa Pérez Gómez**

Jefe de Residentes  
Adjunta Servicio de Nefrología

**Alba Naya Prieto**

Jefe de Residentes  
Adjunta Servicio de Neumología

**Irene Carrillo Acosta**

Jefe de Residentes  
Adjunta Servicio de Medicina Interna

**Angel Martínez Pueyo**

Tutor de residentes  
Médico Adjunto de Neurología

**Ivana Zamarbide Capdepón**

Tutor de residentes  
Médico Adjunto de Neurología

presentada y aprobada por la CD en su reunión del 22 de marzo de 2019

## Índice

Preámbulo .....	3
Observaciones para los colaboradores docentes .....	3
Supervisión durante la residencia: consideraciones generales.....	3
Niveles de supervisión de las actividades asistenciales .....	4
Supervisión de residentes de primer año .....	4
Residentes de segundo año .....	5
Residentes de tercer año .....	5
Residentes de cuarto año .....	5
Niveles de supervisión en guardias y atención continuada generales.....	6
Niveles de supervisión de la especialidad.....	7

## Preámbulo

El presente documento recoge las recomendaciones establecidas por la **Comisión de Docencia del HUFJD, el jefe de servicio y los tutores 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 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**, harán llegar este documento a sus residentes y a todos los especialistas del hospital que puedan participar en su formación.

## Observaciones para los colaboradores 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
- fomentar la integración del residente en las actividades asistenciales, docentes y eventualmente de investigación desarrolladas en el servicio correspondiente durante el periodo de 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

## Supervisión durante la residencia: consideraciones generales

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
- 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 sin perjuicio de plantear a dichos profesionales y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación. El residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un facultativo, siendo su derecho recibir docencia y supervisión; pero su deber será prestar una labor asistencial. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto supervisor.

## Niveles de supervisión de las actividades asistenciales

**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.

nivel	supervisión	autonomía
3	realización por especialista	sólo conocimiento teórico; actividad observada o asistida por el residente
2	supervisión directa	sabe cómo actuar, experiencia insuficiente para ser autónomo
1	supervisión a demanda	actuación de manera independiente por parte del residente, salvo dudas puntuales

## Supervisión de residentes de primer año

**Hacemos 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 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

## Residentes de segundo 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. Los 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 y quinto año actúan con un nivel de **autonomía máximo (1)** salvo para aquellas tareas que precisan cierto grado de superespecialización que deben ser llevadas bajo la supervisión directa de especialistas capacitados.

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	R4-5
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;	3	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
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	3	2	1	1
Solicitud de interconsulta a especialistas	3	2	1	1
Realización de técnicas diagnósticas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis, accesos venosos, punción arterial radial para obtención de gasometrías)	3	2	1	1
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	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	2	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-suabgudas	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*
<p>*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.</p>				