

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DE NEUROLOGÍA.

Fecha elaboración: Mayo 2020

Fecha de aprobación en Comisión de Docencia: 26 de Junio 2020

**Servicio De Neurología
Hospital Universitario 12 de Octubre**

OBJETIVO DEL DOCUMENTO.

El presente protocolo tiene como objetivo establecer las bases que permiten graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desempeñan los residentes de Neurología y rotantes por dicho servicio, tanto en el área de urgencias, hospitalización, consultas o unidades específicas.

Este documento recoge las recomendaciones establecidas por la legislación específica, la Comunidad de Madrid, la comisión de docencia, el jefe de servicio y los cuatro tutores para dicha supervisión. Este protocolo debe ser conocido por todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes en cualquier área del hospital en los que los residentes estén presentes. Los tutores de Neurología harán llegar este documento a sus residentes y a todos los profesionales involucrados en su formación.

El presente protocolo es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada, tanto de modo completo como temporal en la unidad docente de Neurología del Hospital Universitario “12 de Octubre” de Madrid.

MARCO NORMATIVO.

Este protocolo de actuación se ha redactado en cumplimiento del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos del sistema de formación sanitaria. En su artículo 1 dice que “ obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad”.

En el capítulo V de este Real Decreto se desarrollan específicamente estos dos aspectos. En el artículo 14 sobre el deber general de supervisión, se establece que: toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales; el deber general de supervisión por parte de los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes y la obligación de informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes; y la necesidad de coordinación entre los responsables de los equipos asistenciales y los tutores para el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente, su integración en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras y el cumplimiento del régimen de jornada y descansos reglamentarios.

En el artículo 15 sobre la responsabilidad progresiva del residente se especifica en su punto 1 que el sistema formativo debe implicar 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. En su punto 2 se indica que los residentes han de someterse a las indicaciones de los especialistas que les supervisan. En su punto 3 obliga a que los residentes de primer año tengan una supervisión de presencia física por parte de los profesionales responsables de los diferentes dispositivos del centro o unidades, que deberán visar por escrito las altas, bajas y documentos en los que intervengan estos residentes. En su punto 4, a partir del segundo año habrá una progresiva supervisión decreciente, en el que los tutores podrán impartir instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad en cada unidad o centro, pudiendo siempre el residente recurrir y consultar a los profesionales presentes cuando lo considere necesario. Por último, en su punto 5, obliga a que las comisiones de docencia elaboren 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. Se elevará la dirección del centro para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD.

El objetivo de la formación especializada es la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de la especialidad de Neurología contemplando una asunción progresiva de responsabilidades de acuerdo a su año y nivel con un grado progresivo y decreciente de supervisión a medida que se van adquiriendo las competencias descritas en el programa de formación hasta alcanzar al final de la misma la responsabilidad para un ejercicio autónomo de la profesión sanitaria.

El residente, por ello, deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes unidades y secciones donde estén rotando sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación. El residente no debe considerarse un estudiante, sino un facultativo con el deber de prestar una labor asistencial y con el derecho de recibir docencia y supervisión. Sea cual sea su año de formación o nivel, siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto supervisor.

Se establecen tres niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / supervisión a demanda: 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. Es el caso del residente de cuarto año, y según el destino, segundo y tercer año.

Nivel 2. Responsabilidad media / supervisión directa intermedia: el residente tiene un extenso conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para hacer un tratamiento completo de forma independiente, por lo que dichas actividades deben realizarse bajo supervisión del tutor o del personal sanitario del centro/servicio. Es el caso del residente de primer año.

Nivel 3. Responsabilidad mínima / supervisión máxima: el residente solo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y asistidas en su ejecución por el residente. Este es el caso de determinados rotantes no neurólogos o residentes en consultas o con técnicas muy especializadas que requieren formación específica, no incluidos en el programa formativo.

ROTACIONES DURANTE LA RESIDENCIA.

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. Dicha supervisión 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. En este servicio, el plan de formación actual hace que los residentes de Neurología de primer año roten en otros servicios del hospital (Medicina Interna, Psiquiatría, Radiología, Urgencias generales) por lo que habrán de cumplir el protocolo de supervisión de cada uno de dichos servicios mientras formen parte de los mismos. De igual manera, los residentes de primer año de otros servicios que rotan por Neurología en su plan de formación deberán cumplir este protocolo durante el tiempo de su rotación. En ambos casos, como residentes de primer año, tienen un nivel 2 o 3 de responsabilidad y deben cumplirse los requerimientos aquí detallados.

Rotación por planta de neurología general.

El residente, que es de segundo año (en algún caso puede estar al final del primer año), está capacitado para la realización con un nivel 1 de responsabilidad

(supervisión mínima): presentación al paciente, obtención de los datos de la historia (anamnesis), realización de exploración física completa, exploración neurológica completa, comprensión de la semiología clínica neurológica, plantear un diagnóstico diferencial, uso racional y solicitud de pruebas complementarias, petición de interconsultas, interpretación de los resultados de dichas pruebas básicas y de los estudios de neuroimagen, nota de ingreso y notas de evolución diarias. Al menos, de manera inicial, el residente desempeñará su actividad dentro del nivel 2 (supervisión directa) en todas aquellas tareas que tengan una responsabilidad legal: información a pacientes y familiares, comunicación de malas noticias, consentimientos informados, técnicas intervencionistas (en particular, punción lumbar), prescripción de tratamientos, elaboración de informes de derivación o alta, codificación de diagnósticos, partes de defunción, firma de documentos, siendo el especialista responsable quien decidirá en qué tareas o momentos, podría el residente alcanzar un nivel 1 en estas tareas. La preparación y presentación de sesiones clínicas se detallan en el apartado de investigación.

Rotación por unidad de ictus.

El residente es de segundo año y la tarea es fundamentalmente asistencial sobre el paciente hospitalizado por lo que las recomendaciones de la guía son similares a las que se detallan en la rotación por planta de Neurología General, incluyendo las específicas de la unidad: revisión de monitores, valoración de disfagia, cumplimiento de protocolos o aplicación de escalas clínicas específicas. La diferencia es el añadido de las tareas asociadas al código ictus: aceptación de un traslado urgente, la indicación de tratamiento fibrinolítico o intervencionista, el manejo del paciente en cuidados intensivos o reanimación y el traslado secundario a otra unidad de ictus, tareas todas ellas incluidas dentro del nivel 2, con necesidad de supervisión directa por parte del facultativo especialista responsable, que en ningún caso serán realizadas por el residente sin aviso a dicho especialista.

Guardias de Neurología.

En el primer año de residencia, con guardias de Medicina Interna y de Neurocirugía, la supervisión ha de ser necesariamente de presencia física por parte del adjunto responsable, tal y como se detalla previamente, con revisión por parte del mismo de todas las actividades y documentos realizados por el residente, por lo que dicho adjunto ha de estar localizado para la supervisión en todo momento y debe figurar su nombre y firma o visto bueno en todos los informes de alta. En caso de continuar a partir del segundo año realizando guardias en dicho servicio, el documento de referencia será el de cada servicio responsable.

De modo general, los residentes de Neurología de segundo, tercer y cuarto año harán de modo obligatorio guardias de esta especialidad. En ellas llevarán a

cabo una asistencia supervisada con autonomía clínica creciente y responsabilidad progresiva al inicio de las guardias específicas hasta alcanzar durante el segundo año un nivel de responsabilidad 1, esto es, podrán realizar actuaciones y procedimientos sin necesidad expresa del adjunto, pero el especialista responsable estará en todo momento localizado y dispuesto a supervisar la actuación del residente, aunque sin necesidad de firmar los documentos sencillos efectuados por el residente que no hayan requerido su supervisión. Esto incluye la valoración rápida de la gravedad del problema, estratificación del riesgo inmediato, orientación diagnóstica y terapéutica, inicio del tratamiento en paciente grave o inestable, decisión del ingreso y del destino si queda ingresado. Los informes de alta de urgencias siempre tendrán el visto bueno del médico adjunto. De modo singular, tanto las actuaciones derivadas del código ictus (aviso o llamada por Código ictus, indicación de trombolisis sistémica o trombolectomía mecánica, solicitud de traslado secundario para trombolectomía mecánica, aviso o sospecha de código ictus infantil) obligan a avisar al adjunto especialista responsable quien tomará las decisiones oportunas al caso. Los residentes de centros asociados o rotantes de Neurología que realicen guardias en nuestra especialidad tendrán la misma consideración según su año de residencia que los nativos. Cuando coincidan dos residentes de distinto año de guardia, el criterio de antigüedad será importante en la docencia y en la toma de decisiones. El nivel de responsabilidad 1 incluye el pase de guardia, en el que se recomienda la presencia del adjunto especialista responsable, siendo obligada su asistencia si se deben discutir aspectos o decisiones con interés legal o si el residente así lo demanda.

Rotación por unidades especializadas con técnicas: neuropatología, neuromuscular, epilepsia-electroencefalografía, neuropediatría, neurosonología.

En todas ellas, dado que incluyen la realización de técnicas específicas que han de ser dominadas por el médico residente en formación (interpretación de biopsia muscular, de nervio o tejido nervioso, realización de estudios de velocidad de conducción nerviosa y electromiografía, realización e interpretación de electroencefalografía, exploración neurológica neonatal e infantil, técnicas de eco doppler y eco dúplex de troncos supraaórticos y transcraneal (shunt y técnicas asociadas), así como tratamiento con toxina botulínica y técnicas de bloqueo de nervios periféricos), se aconseja un rápido tránsito desde un nivel 3, de observador, que no debe ser superior a dos semanas, a un nivel 2 de realización de las técnicas bajo supervisión, y al final de la rotación, según decisión del especialista responsable, nivel 1 con supervisión a demanda, objetivo que debe ser conseguido, al menos en su aspecto básico, en todas las rotaciones.

Rotación por consultas especializadas.

El médico residente se adaptará a la dificultad o especialización de cada consulta, si bien la norma general, dado que suelen ocurrir en el cuarto año de residencia, es alcanzar como en el caso de las técnicas un nivel 1, progresión que se debe adaptar a la duración de cada rotación, salvo que los procedimientos de la consulta incluyesen algunas actuaciones para las que se precisaría una capacitación específica y no estuvieran incluidas en el programa de formación del residente.

Consulta de residentes.

Es una rotación de residentes de tercer y cuarto año, en el que el nivel ha de ser 1 en todo momento, con responsabilidad máxima, así 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. En cualquier caso, siempre podrá solicitar supervisión si lo considera necesario y por tanto debe haber un médico especialista responsable asignado a dicha tarea.

Rotación por partes de interconsulta.

Es una rotación de residentes de último año y por tanto, como en el caso anterior, el nivel es 1 en todo momento, de responsabilidad máxima y supervisión a demanda, si bien, de nuevo podrá solicitar dicha supervisión si lo considera necesario y siempre habrá un médico especialista responsable asignado a dicha tarea. Esta rotación se compagina con la atención a la urgencia neurológica en turno de mañana, para la que las consideraciones son las expuestas previamente y con la colaboración con el adjunto especialista asignado al código ictus en horario matutino, que es responsable de tomar las decisiones oportunas al manejo de esta urgencia, tal y como se detalla en los apartados anteriores. Los residentes de último año, en los últimos seis meses de residencia, deben tener las competencias que se esperan de un especialista recién graduado.

Rotación externa.

En el último año de residencia (en algún caso al final del tercer año) existe la posibilidad de efectuar durante tres meses una rotación optativa, en cuyo caso, el documento a seguir es el del servicio en el que permanecerá el residente durante dicho periodo. Así, en los casos de rotación por otro servicio del mismo hospital, se observará el protocolo de supervisión para rotantes según el año de especialidad; si la rotación se realiza en otro servicio del país, de nuevo, según la complejidad y el año de residencia se obedecerá al protocolo del servicio de destino, incluyendo la posibilidad de realización de guardias de la especialidad; y si fuera en el extranjero, la legislación es la que detalle el documento de

aceptación del centro correspondiente, siendo lo más habitual un nivel 3 correspondiente a un observador clínico.

FACETAS NO ASISTENCIALES.

En la formación del residente de Neurología, además de una faceta asistencial, se aconseja formación en gestión clínica (inherente a la práctica clínica), docencia (tanto en la docencia pregrado en un hospital adscrito a la Universidad como el nuestro, con reconocimiento de colaborador docente, como de los residentes tanto rotantes como de años menores, siempre colaborando con el especialista adscrito a dicha tarea) e investigación.

Dentro de la investigación, incluyendo en esta presentación de sesiones, comunicaciones a congresos y publicaciones, la supervisión del residente será progresiva, siendo aconsejable un nivel 2 para el residente de primer año, con un paso a nivel 1 al menos a partir del segundo año de residencia, para: la búsqueda bibliográfica, plantear un trabajo de investigación, escribir un proyecto, llevarlo a cabo, presentar en público, defenderlo en un congreso, si bien, debe haber un conocimiento, supervisión a demanda y colaboración por parte de un adjunto responsable al requerir los medios y figurar el nombre del servicio. Es obligatorio un nivel 2 a la hora de publicar o realizar una tesis o proyecto asociado a un programa formativo, y un nivel 3 si se busca financiación para un proyecto de investigación o se participa en un ensayo clínico o estudio que necesite pasar por el comité de ética del Centro Sanitario.

SITUACIONES ESPECIALES EN LAS QUE, CUALQUIER RESIDENTE, SEA CUAL SEA SU AÑO, DEBE AVISAR A SU MÉDICO ADJUNTO RESPONSABLE:

- Parada cardiorespiratoria
- Paciente hemodinámicamente inestable
- Paciente en coma o en status epiléptico
- Paciente con necesidad de cirugía urgente o paso previo a quirófano
- Llamada a UVI o Reanimación
- Exitus de paciente ingresado o a cargo del servicio en urgencias
- Diagnóstico de muerte cerebral
- Llamada para activación de Código ictus
- Indicación de trombolisis sistémica o trombectomía mecánica
- Solicitud de traslado secundario para trombectomía mecánica.
- Aviso o sospecha de código ictus infantil
- Sospecha de abuso sexual, lesión objeto de denuncia a la Policía o Juzgado, o cualquier otra situación que requiera la realización de un parte

de lesiones. En este supuesto los informes de alta serán visados por escrito por el Médico Adjunto responsable, independientemente de la categoría del Residente que haya valorado al paciente.

- Traslado de pacientes a otro centro.
- Problemas en la relación médico-paciente con los pacientes o tutor del menor.
- Ante situación de ausencia de camas hospitalarias para la atención de pacientes con ictus agudo, para comunicación con el Jefe de hospital o con el centro coordinador de urgencias.
- El residente podrá recurrir o consultar al médico especialista responsable en cualquier otra circunstancia que considere necesaria.

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Antonio Martínez Salio	Patricia Calleja Castaño, Alberto Villarejo Galende, Sara Moreno García	Comisión de Docencia.

Este protocolo de supervisión del residente,

Ha sido aprobado por la Comisión de Docencia del Hospital Universitario 12 de Octubre en la reunión mantenida el día 26 de Junio de 2020 y debe ser conocido por los residentes y por los tutores.

Este protocolo se revisará cada tres años.