

PROTOCOLO DE SUPERVISION DE RESIDENTES DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA

Revisión realizada por:

Victor Rodriguez Berrocal (Tutor de residentes de Neurocirugía)

Firman:

Victor Rodriguez Berrocal (Tutor de residentes de Neurocirugía)

Marta del Álamo de Pedro (Tutora de residentes de Neurocirugía)

Luis Ley Urzáiz (Jefe de Servicio de Neurocirugía)

Aprobado por la Comisión de Docencia: Febrero 2017

HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

Este documento surge como respuesta al RD 183/2008 del 8 de febrero (capítulo V artículos 14 y 15) que hace referencia a la formación sanitaria especializada y más concretamente al deber general de supervisión y a la responsabilidad progresiva del residente (Anexo 1). En dicho decreto se establece el marco normativo para llevar a cabo la supervisión de los especialistas en formación estableciendo los diferentes niveles de responsabilidad según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridas.

El sistema de formación sanitaria especializada implica un progresivo descenso de supervisión realizada por los tutores y los facultativos responsables a medida que se va produciendo un incremento gradual de los niveles de responsabilidad de los residentes a lo largo de la residencia. De esta manera podrán alcanzar al finalizar su etapa formativa, una autonomía completa, permitiendo iniciar su etapa laboral como especialista de manera segura y con un elevado nivel de cualificación.

Los objetivos de este documento son, en primer lugar garantizar la mejor asistencia sanitaria a los pacientes del Servicio de Neurocirugía y en segundo lugar implementar la adecuada formación de los residentes de la especialidad y de los que roten por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Ramón y Cajal. Para ello, previamente ha sido presentado y aprobado por todo los facultativos del servicio (que se comprometen a participar y colaborar activamente en la docencia) y posteriormente se ha presentado a las Comisiones de Docencia, Calidad y Seguridad del paciente del hospital.

A continuación definiremos los distintos niveles de supervisión de los residentes (acordes con lo publicado en nuestro Sistema Nacional de Salud), y en base a ello estableceremos el grado de supervisión de los mismos en cada momento de su jornada laboral y posteriormente realizaremos una breve descripción de las distintas actividades llevadas a cabo en el Servicio de Neurocirugía del Ramón y Cajal y la función de los residentes en ellas.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Consideraremos los diferentes niveles de responsabilidad definidos en la mayoría de los protocolos de Supervisión de Residentes realizados hasta ahora:

- **Nivel 1** de responsabilidad (responsabilidad máxima con supervisión a demanda): actuaciones o actividades realizadas directamente por el residente sin tutorización directa o permanente por el facultativo (aunque puede solicitar supervisión cuando lo estime oportuno o exista alguna duda o situación especial).

- **Nivel 2** de responsabilidad (responsabilidad media con supervisión directa): actividades realizadas por el residente bajo supervisión del facultativo. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente.

- **Nivel 3** de responsabilidad (responsabilidad mínima): actividades realizadas por el facultativo que serán asistidas/observadas en su ejecución por el residente. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones pero ninguna experiencia.

Cabe reseñar que el paso entre los distintos niveles será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia sino también de lo indicado por el tutor y la experiencia previa del residente en dichas actividades.

1. PLANTILLA Y RECURSOS FÍSICOS

Jefe de Servicio: Luis Ley Urzaiz

Jefe de Sección: Avelino Parajón Díaz

Tutores de Residentes: Marta del Álamo de Pedro, Víctor Rodríguez Berrocal

Médicos Adjuntos del Servicio: Aurora Martínez Rodrigo, Marta del Álamo de Pedro, Rodrigo Carrasco Moro, Víctor Rodríguez Berrocal, Edgar Ferreira Martins, Luis Mariano Rojas Medina

Residentes: Hasta un máximo de uno por año. Actualmente Jose Antonio Gutierrez Cierco (R5), Daniel Jiménez Zapata (R4), Freddy Salge Arrieta (R2), María López Gutierrez (R1)

Auxiliares administrativas: Isabel Yañez Pereira, Maria Angeles Sastre Aguilera, Maria Angeles Almohalla Rico

Quirófanos: Planta 6 derecha (7 quirófanos semanales)

Planta de Hospitalización : Planta 5 derecha control C (20 camas de hospitalización asignadas)

UCI: UCQ (Unidad de Cuidados postquirúrgicos) y UVI médica, ubicadas ambas en la primera planta (ala izquierda y ala derecha respectivamente)

Consultas externas: -2 centro (11 consultas semanales).

2. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO Y DE LOS RESIDENTES

La actividad diaria del servicio se reparte en distintas vertientes: el pase de planta de los pacientes ingresados a nuestro cargo, las consultas externas, los quirófanos programados, la actividad de guardia y la valoración de interconsultas.

Con el objetivo de una implicación completa en el día a día del Servicio, los residentes se reparten semanalmente entre las distintas actividades que se realizan a diario.

2.1 PASE DE GUARDIA Y SESIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS

La actividad se inicia a las 8:15 (8:30 los días en los que hubiera sesión docente) en la biblioteca del Servicio con el pase de Guardia. Todos los días laborables se comentan en Sesión clínica (presentada por residentes y con la participación activa de los miembros del Servicio) todos los pacientes ingresados en nuestro Servicio o que requieren nuestra valoración. Para ello se reparte en soporte escrito un resumen de la situación actual de cada paciente, a cada miembro participante de la misma, haciendo hincapié en los cambios clínicos, los pacientes graves, las pruebas de imagen realizadas en los días previos y las incidencias de la guardia del día anterior. Además se plantean los casos de especial dificultad para tomar decisiones en su tratamiento de forma consensuada y conjunta. El servicio cuenta con un ordenador y un proyector habilitado para dicho fin. Con ello se pretende que todos los miembros del Servicio (adjuntos y residentes) sepan en todo momento la situación de todos los pacientes ingresados a nuestro cargo. En este escenario los residentes deben participar activamente en los comentarios clínicos y de evolución estando supervisados directamente.

2.2 PASE DE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Los pacientes deberán ser vistos por el equipo designado para pasar la planta en el organigrama (compuesto por residentes y facultativos del servicio). Las decisiones se toman en consenso y posteriormente se realizan los tratamientos entre todos ellos. Aquí la supervisión es directa. A medida que los residentes evolucionan en su desarrollo podrán, en ocasiones, evaluar y plantear tratamientos médicos de forma autónoma (sin supervisión directa, fundamentalmente R4 y R5) comentando posteriormente la situación y decisiones al facultativo responsable del pase de planta y del paciente. En estos casos tendrán en todo momento al adjunto responsable del pase de planta localizado mediante el móvil del adjunto de neurocirugía de guardia (51027) que lo llevará en horario de mañana 8:00-3:00 en días de diario. En ningún caso realizarán indicaciones quirúrgicas o procedimientos quirúrgicos sin la valoración previa y supervisión del adjunto responsable.

2.3 CONSULTAS EXTERNAS

En las consultas externas son valorados todos los pacientes susceptibles de recibir tratamiento neuroquirúrgico y los que realizan el seguimiento tras haber sido intervenidos u hospitalizados en nuestro servicio. Las consultas están distribuidas según el siguiente organigrama:

- Lunes : Dr Ley , Dr Parajón.
- Martes: Dra. Del Álamo, Dr. Regidor
- Miércoles: Dr Carrasco, Dra Martinez Rodrigo
- Jueves: Dr Ferreira, Dr Rodriguez Berrocal, Dra Avilés.
- Viernes: Dr Rojas, Dr Regidor

Los residentes podrán realizar labores de apoyo en las mismas, con supervisión directa de los adjuntos responsables de cada consulta (niveles 2-3) salvo en el caso de los residentes mayores (R4-R5), que podrán pasar la consulta con supervisión a demanda del facultativo responsable de la misma que se encontrará en la consulta adyacente (nivel 1). En caso de programar a pacientes para quirófano las indicaciones serán consultadas y supervisadas por el responsable de esa consulta.

2.4 INTERCONSULTAS

Las interconsultas son distribuidas diariamente por las secretarías del Servicio a los médicos asignados a la guardia de ese día. Los pacientes serán valorados por los residentes que se encuentren pasando planta ese día o estén de guardia y serán supervisados en función de su año de residencia.

R pequeños (R1-R2): nivel de supervisión 2-3 (acompañados por el facultativo responsable y/o residentes mayores -R4/R5-). Realizarán la evaluación del paciente pero no podrán decidir el tratamiento de forma autónoma.

R intermedio (R3): nivel de supervisión 2. Podrán acudir en un primer momento a realizar una evaluación del paciente inicial solos, realizar un diagnóstico diferencial y sugerir tratamientos pero no podrán decidir el tratamiento sin supervisión directa.

R mayores (R4-R5): Nivel de supervisión 1-2. Pueden realizar la evaluación inicial, solicitar estudios diagnósticos que consideren pertinentes, pautar tratamientos médicos sin necesidad de supervisión directa. Podrán así mismo indicar cirugías, aunque siempre deberán ser aprobadas por el médico adjunto responsable. En todos los casos deberán comentar el caso al adjunto responsable de ese día para su conocimiento.

2.5 GUARDIAS

En nuestro hospital hay un neurocirujano adjunto de guardia de presencia física y otro de guardia localizada todos los días del año. Los residentes se distribuyen las guardias de forma independiente, recomendándose realizar entre 5-6 guardias al mes cada uno. Los días festivos de guardia también se pasará visita a los enfermos ingresados a cargo de Neurocirugía haciendo especial hincapié en los enfermos graves o que estén ingresados en Cuidados Intensivos.. La supervisión durante la guardia dependerá así mismo del año de residencia (aumentando con los años de forma gradual su independencia) y de la actividad a realizar. De este modo:

-Los residentes pequeños (R1-R2) deberán recibir una supervisión directa en la evaluación, manejo y tratamiento de los pacientes por parte del adjunto responsable de la guardia (nivel 3-2).

-El residente intermedio (R3) podrá evaluar, tratar y realizar pequeños procedimientos a pacientes (Punción Lumbar, Drenaje Lumbar Externo, Drenaje Ventricular Externo) bajo supervisión directa (DVE) y a demanda en los casos más simples (PL, DLE)

-Los residentes mayores (R4-R5) que de forma gradual han ido adquiriendo independencia progresivamente a lo largo de su formación, podrán ser capaces de evaluar, manejar y tratar a pacientes con supervisión a demanda (nivel 1) aunque la indicación quirúrgica deberá ser siempre valorada por el adjunto responsable de la guardia (nivel 2).

Por otro parte, siempre que el paciente sea intervenido quirúrgicamente el residente recibirá una supervisión directa por parte del adjunto responsable de la guardia que estará lavado con el residente durante el procedimiento. El grado de implicación del residente en la cirugía vendrá determinado por la complejidad de la misma y por los conocimientos, la habilidad y la experiencia que previamente haya demostrado y vendrá determinado en mayor medida por el año de residencia (de forma genérica hemos establecido unos niveles de supervisión generales según el tipo y complejidad de la intervención, que se comentan en el siguiente apartado). No obstante, en último término, el grado de participación del residente en la cirugía será determinado por el adjunto responsable de la misma en virtud a los comentarios previos.

2.6 SUPERVISION EN CIRUGIAS (codificados según los niveles de supervisión)

TRAUMATISMOS CRANEALES

	R pequeños (R1-R2)	R intermedio (R3)	R mayores (R4-R5)
Trépanos (HSC, sensores PIC,...)	3-2	2	1-2
Fracturas	3	2-3	2
H epidural	3	2-3	2
H subdural agudo	3	2-3	2
Contusiones cerebrales	3	3-2	2
Fístula LCR	3	3	3-2

TUMORES INTRACRANEALES

	R pequeños (R1-R2)	R intermedio (R3)	R mayores (R4-R5)
Biopsia estereotáxica o con aguja	3-2	2-3	2-3
T. intrínsecos en zonas no elocuentes	3	3-2	2
T. intrínsecos en zonas elocuentes	3	3	3-2
Meningiomas convexidad	3	2-3	2
Meningiomas complejos, base de cráneo	3	3	3-2
Endoscopia transesfenoidal	3	3	3-2
Lesiones intracraneales benignas en cisternas (epidermoides, aracnoideas,...)	3	3	3-2
Lesiones de fosa posterior (FP)	3	3-2	2
Lesiones de APC/tronco/complejas de FP	3	3	3-2

PATOLOGIA VASCULAR

	R pequeños (R1-R2)	R intermedio (R3)	R mayores (R4-R5)
Aneurismas	3	3	3-2
Malformaciones AV	3	3	3-2
Cavernomas	3	3-2	2-3
Hematomas intracraneales espontaneos	3	3-2	2
Craniectomias descompresivas para infartos expansivos	3-2	2	2

PATOLOGIA DE LCR, HIDROCEFALIA

	R pequeños (R1-R2)	R intermedio (R3)	R mayores (R4-R5)
Válvulas DVP	3	3-2	2
Válvulas DVA	3	3	3
Ventriculostomía endoscópica	3	3	3-2
DLE, PL	2-1 *	1	1

PATOLOGIA FUNCIONAL

	R pequeños (R1-R2)	R intermedio (R3)	R mayores (R4-R5)
Estimulación cerebral profunda	3	3	3-2
Descompresiones microvasculares	3	3	3-2
Cirugía epilepsia	3	3	3-2
Diatermocoagulación, procedimientos percutáneos	3	3	3-2

PATOLOGIA DE NERVIOS PERIFÉRICOS

	R pequeños (R1-R2)	R intermedio (R3)	R mayores (R4-R5)
Sde tunel carpiano	3	3-2	2
Sde cubital	3	3	3-2
Tumores del SNP	3	3	3
Biopsia de nervio sural, músculo	2 *	2-1 *	1

PATOLOGIA DE COLUMNA

	R pequeños (R1-R2)	R intermedio (R3)	R mayores (R4-R5)
Discectomía lumbar, laminectomía	3	3-2	2-3
Instrumentaciones lumbares	3-2	3-2	2-3
Fracturas vertebrales	3	3	3-2
Discectomía cervical anterior, corpectomía	3	3-2	2-3
Laminectomía cervical	3	2-3	2-3
Instrumentaciones cervicales	3	3-2	3-2
Tumores intradurales extramedulares	3	3	3-2
Tumores intramedulares	3	3	3
Cifoplastias	3-2	2	2
Cirugía MISS, instrumentación percutánea	3	3	3-2

* En estos casos la supervisión directa podrá ser llevada a cabo por los residentes mayores (R4-R5) estando los adjuntos responsables fácilmente localizados en el antequirófano o sala de sesiones en caso de procedimientos programados y en el móvil de la guardia (51027) en caso de procedimientos de urgencia.

OTROS SUPUESTOS DE SUPERVISIÓN (no tratados en los puntos previos)

1. Durante las rotaciones externas el residente de Neurocirugía, deberá recibir la supervisión estipulada en los protocolos de Supervisión específicos de la Unidad en la que se encuentre rotando.
2. Los residentes de otros Hospitales o especialidades que roten por nuestro Servicio (Neurología, Neurofisiología, rotantes externos de Neurocirugía) deberán tener una supervisión directa de su actividad laboral. No podrán del mismo modo tomar decisiones clínicas o administrar tratamientos sobre los pacientes sin consultar con ningún miembro del Servicio de Neurocirugía.
3. En el caso de los rotantes externos de Neurocirugía de otros centros, acudirán a nuestro centro a modo de observadores. Su participación en las cirugías queda sujeta a la disponibilidad de estas, a criterio del cirujano o cirujanos responsables, en ningún caso desplazando a los residentes propios (que tendrán prioridad sobre los rotantes) y en calidad de ayudantes.

Anexo 1.

REAL DECRETO 183/2008, CAPÍTULO V. Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente

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 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. 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.

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 consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.