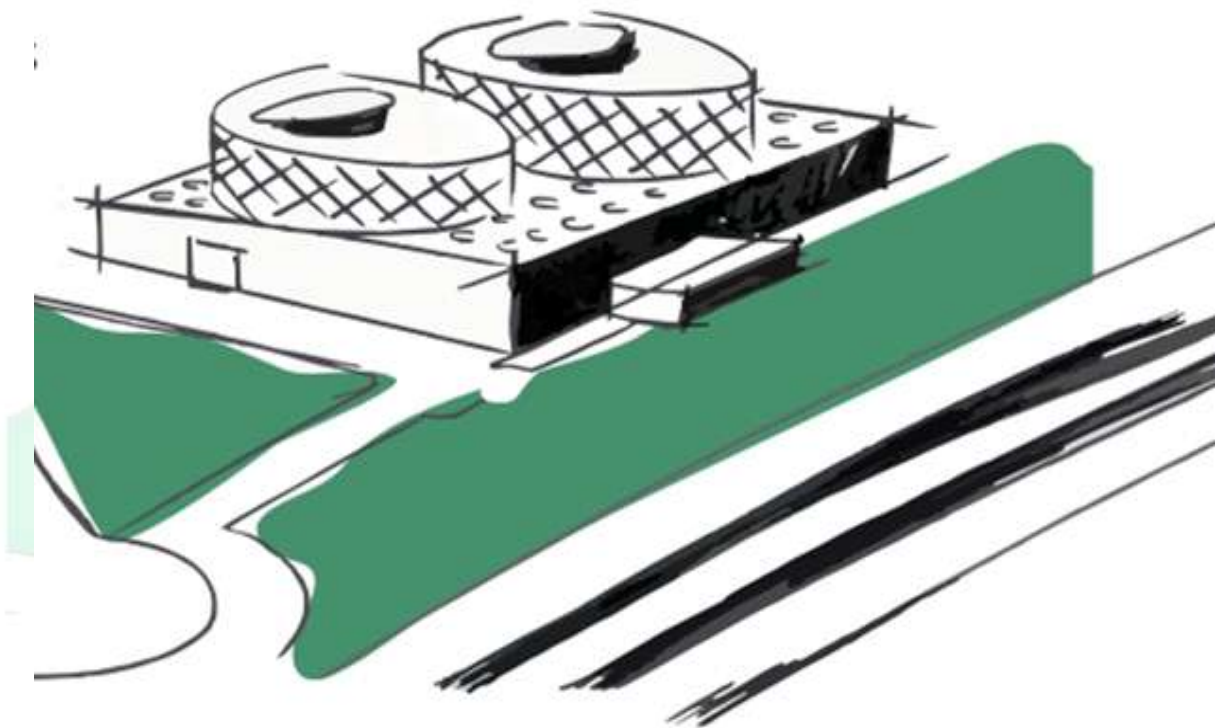


## PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE NEUROLOGÍA



Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia en su reunión de 18 de diciembre de 2019

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Septiembre 2014	Versión Inicial
1	Octubre 2017	Revisión y Actualización del Documento
2	Abril 2019	Revisión del Documento y Aprobación por la Comisión de Docencia.
3	Diciembre 2019	Revisión del Documento y Aprobación por la Comisión de Docencia.

## INDICE

1.INTRODUCCIÓN .....	2
2. NORMATIVA APLICABLE .....	2
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION.....	3
4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL .....	4
4.1. Definición de los niveles de Supervisión .....	4
4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.....	5
4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa .....	6
4.4. Asistencia a pacientes en guardias. ....	7
4.5. Otras actividades.....	8
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	9
6.- CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO .....	9
7. ANEXOS.....	10
7.1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en .....	10

## 1. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) tiene desde su comienzo como objetivo principal el impartir una docencia de calidad a los facultativos residentes que se formen en nuestro centro basada en el principio de la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad. Por ellos se ha intentado formalizar todas las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

En febrero de 2008 se publicó el **Real Decreto 183/2008**, en el que se especifican los aspectos formativos, durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, haciendo especial hincapié en los aspectos relativos al **grado de supervisión** de los futuros especialistas y asumiendo que el residente irá adquiriendo una responsabilidad progresiva según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos, de tal manera que, si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un **descenso** progresivo de la supervisión realizada por los tutores, supervisores y los facultativos responsables, a fin de alcanzar al final del periodo de residencia la autonomía completa, pudiendo iniciar su etapa laboral como especialistas de manera segura y con un alto nivel de cualificación.

El mencionado Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención a los relativos a áreas asistenciales significativas. Es por ello que desde la Comisión de Docencia se ha propuesto introducir como objetivo docente, tanto para los tutores como para la propia Comisión, la realización de unos protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

## 2. NORMATIVA APLICABLE

El presente protocolo de supervisión se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del conjunto de dispositivos del HURJC a la siguiente normativa:

- **REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero**, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, contempla en su artículo 15 (punto primero), que el sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (de ordenación de las profesiones sanitarias) implica la “*asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad 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*”.

- **ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
- **REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre**, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- **LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud: Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas. Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves.**
- **Orden SCO/2754/2007 el 4 de septiembre** por la que ese aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica.
- **Orden SSI/81/2017, de 19 de enero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- **Resolución de 21 de marzo de 2018**, corregida **el 3 de julio de 2018**, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación

### 3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION

La supervisión de los residentes de la especialidad de Neurología se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008. Dichos principios generales se resumen en los siguientes:

1. En primer lugar, el Real Decreto en su Capítulo V, artículo 14 reconoce **el deber general de supervisión** como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
2. **La responsabilidad del residente deberá ser progresiva:** “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”.
3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, sin perjuicio de plantear a

dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

4. **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 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.**
5. **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, 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 el dispositivo en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

## 4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El **objetivo** de la formación médica especializada es el de dotar a los profesionales de conocimientos técnicas habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (LOPS, artículo 15.2). El especialista en formación debe adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando (RD 183/2008, artículo 1).

### 4.1. Definición de los niveles de Supervisión

En la tabla aparecen recogidos los 3 niveles de supervisión (de menor a mayor supervisión), así como las actividades a realizar por el médico residente, que será de aplicación y obligado cumplimiento para los conocimientos y habilidades a adquirir durante su periodo formativo en la atención continuada.

Niveles de supervisión establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del HURJC.



Nivel de Supervisión	Valoración
Nivel 1: Nivel de menor supervisión	Actividades <b>realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa.</b> El residente <b>ejecuta y, posteriormente, informa.</b>
Nivel 2: Nivel de supervisión intermedia	Actividades <b>realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa</b> del tutor o facultativo especialista responsable
Nivel 3: Nivel de mayor supervisión	Actividades <b>realizadas por el facultativo especialista observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente, que carece de responsabilidad</b> y, exclusivamente actúa como observador o asistente

#### 4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización

La hospitalización de Neurología está ubicada en la Torre Universidad, planta 4. Las actividades en la sala de hospitalización (enfermos ingresados del servicio e interconsultas) se detallan a continuación:

- Pase de Planta (Hospitalización):
- Horario: 8:30 a 15:00
- Los Doctores Ferro, Barbero y Guillán son los responsables de la atención a los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus. Los Dres Ordás, Alvarez y Martínez son los responsables del área de hospitalización de neurología convencional, de atender las Interconsultas realizadas por otros Servicios en horario lectivo y de atender a los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias fuera del horario de guardia de Neurología. Todos estos facultativos rotan entre sí a lo largo de la semana, de tal manera que diariamente hay dos adjuntos en la Unidad de Ictus y otro más para Neurología General e Interconsultas

#### OBJETIVOS:

Aprender a manejar el paciente agudamente enfermo que ingresa en las plantas de hospitalización de NEUROLOGIA, así como en la Unidad de Ictus. El principal proceso por el que los pacientes ingresan en Neurología es el ictus por lo que el Residente debe estar absolutamente familiarizado con el manejo de esta patología. Además, hay un grupo de patologías varias, típicamente neurológicas, que requieren ingreso hospitalario: estatus epiléptico, infecciones del sistema nervioso central, patología neoplásica o desmielinizante.

El residente deberá ser capaz de

- Reconocer las enfermedades del paciente

- Saber indicar e interpretar los resultados de las exploraciones complementarias solicitadas
- Ser capaz de elaborar un juicio clínico razonado en cada situación
- Saber priorizar las opciones terapéuticas
- Saber realizar las técnicas de la especialidad
- Ser capaz de dar información a pacientes y familiares
- Impartir enseñanza a otros médicos y estudiantes.

La supervisión del paciente en la hospitalización es progresiva, al igual que en el resto de los ámbitos. Los pases de visita inicialmente se harán con supervisión directa por parte del adjunto asignado, con visado por parte de éste de los informes de alta que realice, así como presencia en la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas (Doppler transcraneal y de troncos supraaórticos, punción lumbar...).

A partir del segundo año, y de manera progresiva el residente realizará tareas tutorizadas, que no requieren presencia física, con supervisión progresiva y a demanda. En el último año podrá asistir a sus propios pacientes, con autonomía en las decisiones terapéuticas, planificación y realización de informes de alta, con supervisión a demanda por parte del adjunto que se asigne como responsable último del paciente. Es aconsejable que a diario el residente informe de las decisiones que ha tomado y comente los pacientes con su adjunto. Con una periodicidad que se establecerá a demanda, le adjunto pasará visita con el residente de último año.

#### **4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa**

Desde el inicio de la actividad asistencial se han desarrollado consultas y unidades monográficas por patologías. Cada día existen aproximadamente 7 consultas externas (5 en turno de mañana y 2 de tarde. Al menos una de las Consultas en el CEP de Navalcarnero o Villaviciosa), donde se valoran las patologías más prevalentes dentro de la especialidad. Existen las siguientes consultas monográficas, todas ellas en el HRJC:

- ✓ Cefalea
- ✓ Enfermedad Desmielinizante
- ✓ Patología Cerebrovascular
- ✓ Neuromuscular
- ✓ Trastorno del Movimiento
- ✓ Epilepsia
- ✓ Neurooncología
- ✓ Demencia
- ✓ Neurofuncional

Consultas Externas: Ubicación Planta 2

Locales: 12, 15,16,17.

Las consultas están personalizadas y cada facultativo pasa su consulta. Durante la rotación los residentes pasarán la consulta con su adjunto, y rotarán a lo largo de los años de residencia en todas las consultas monográficas. El residente de 3, 4 y 5 año puede atender a pacientes en consulta, supervisado por sus tutores...

**OBJETIVOS:**

- Reconocer las enfermedades del paciente que acude a las consultas externas
  - Saber indicar e interpretar los resultados de las exploraciones complementarias solicitadas
  - Ser capaz de elaborar un juicio clínico razonado en cada situación
  - Saber priorizar las opciones terapéuticas
  - Ser capaz de dar información a pacientes y familiares
- 
- El adjunto supervisará de forma directa al residente en el primer año que rote en consultas, y progresivamente irá supervisándolo a demanda.
  - El primer año valorará pacientes nuevos de la consulta, realizando historia clínica completa, exploración física y planificación diagnóstica de forma conjunta con el adjunto responsable que visará todos los informes que realice.
  - En los años siguientes la asistencia a consultas e podrá realizar con supervisión progresiva y a demanda tanto de pacientes nuevos como de recisiones.
  - En el último año los residentes podrán tener una consulta propia, con pacientes nuevos y revisiones. La consulta estará asignada a un adjunto que supervisará al residente a demanda. Es aconsejable revisar periódicamente dicha consulta y los pacientes en seguimiento por residente y adjunto de forma conjunta.

**4.4. Asistencia a pacientes en guardias.**

El médico interno residente de Neurología realizará tres tipos de guardias durante sus cuatro años de formación. Los 12 primeros meses realizará guardias de medicina en el servicio de urgencias del HURJC así como de Psiquiatría también en el HRJC; y los 36 meses restantes de su formación guardias específicas de Neurología.

Las guardias de medicina general se realizarán en el circuito de boxes de las urgencias hospitalarias del HURJC, pudiendo realizar actividad asistencial y formativa en el ámbito de consultas de urgencias de manera excepcional si la demanda asistencial así lo requiriese. Consideramos el circuito de boxes el más idóneo para las guardias de nuestros residentes de Neurología por tratarse de una zona de vigilancia de pacientes y/o tratamiento de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto período de tiempo. Consta de 26 camillas y 9 sillones. Los pacientes que pertenecen a



esta área son pacientes con baja gravedad y estables hemodinámicamente, pacientes que requieren tratamiento endovenoso, oxigenoterapia mantenida y/o aerosolterapia.

Los Médicos Internos Residentes (MIR) de Neurología, durante su permanencia en la Unidad de Urgencias, tendrán una supervisión directa de la actividad asistencial realizada, de las pruebas complementarias solicitadas, de los tratamientos pautados y de las altas hospitalarias realizadas.

Además, los MIR de Neurología se considerarán, a todos los efectos, adscritos funcionalmente a esta Unidad. Durante su período de guardia en urgencias, no tendrán obligaciones asistenciales ni científicas en sus servicios de origen, ni sobre pacientes hospitalizados, salvo situaciones previamente definidas.

El jefe de urgencias, el tutor de residentes y, en su ausencia, los facultativos de guardia, son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los médicos en formación en la Unidad de Urgencias, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los médicos en formación.

Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor y Jefe de Servicio y, si éstos lo consideran oportuno, a la Comisión de Docencia.

Las guardias de Psiquiatría las realizarán junto con el Adjunto de dicha especialidad de Guardia dando cobertura tanto a la Urgencia como a la planta de Hospitalización de Psiquiatría.

Los 36 meses restantes realizarán guardias específicas de Neurología, con ubicación física en el ámbito de consultas de la urgencia del HURJC. La supervisión final del MIR de Neurología será realizada por el médico adjunto de plantilla de la urgencia que así corresponda, pudiendo consultar de forma directa al dermatólogo facultativo presencial que esté realizando labor asistencial en consultas externas.

#### 4.5. Otras actividades

**Unidad de Ictus:** La Unidad de Ictus está acreditada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) y forma parte del anillo asistencial del Plan de Atención al Ictus de la CAM. El Residente rotará durante el primer y segundo año de residencia por la Unidad de Ictus y participará activamente en el manejo de estos pacientes durante la Guardia de Neurología

**Hospital de Día:** En él se realizan procedimientos terapéuticos y diagnósticos en pacientes con trastornos del movimiento (Enfermedad de Parkinson Avanzada); educación sanitaria y tratamiento de los brotes en pacientes con esclerosis múltiple; administración de quimioterapia intratecal; punciones lumbares diagnóstico-terapéuticas.

También el Hospital de Día se lleva a cabo la actividad de la Unidad de Alta Resolución cuyo objetivo es realizar diferentes procedimientos diagnósticos a un mismo paciente en un mismo día evitando la hospitalización en planta de Neurología. Estos procesos son: accidentes isquémicos transitorios diagnosticados en consultas externas, pacientes que acuden a urgencias con un cuadro clínico sospechoso de ser un primer brote de enfermedad desmielinizante o pacientes con lesiones cerebrales a filiar que pueden ser manejados ambulatoriamente.

Los residentes podrán atender a estos pacientes supervisados por sus tutores, y realizar las técnicas indicadas.

## 5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

Los **facultativos** deben ejercer las siguientes funciones:

- Durante los primeros años de formación del residente, el facultativo debe orientar al residente en los casos a seguir en su formación, así como indicarle las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento, basadas en su mayor conocimiento y experiencia. En los últimos años de formación, la labor del facultativo pasa a ser de supervisión indirecta, estando siempre disponible como consultor o para intervenir en caso de apreciar que la situación supera las capacidades del residente en ese momento.
- Durante los primeros años de formación, el especialista debe supervisar de forma directa todas las actuaciones del residente. Según va adquiriendo éste experiencia y habilidad, el facultativo puede pasar a realizar una supervisión indirecta, principalmente en la toma de decisiones en el pase de visita de los pacientes ingresados o en la atención del paciente en Consultas Externas. El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento invasivo sobre un paciente. Igualmente debe contactar con él en caso de duda diagnóstica o terapéutica.

## 6.- CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO

En caso de circunstancias especiales el residente tendrá que estar supervisado durante toda su residencia

- Durante todo el primer año de Residente, siempre que se vaya a administrar tratamiento fibrinolítico
- En aquellos casos en los que se requiera intervención judicial o la presencia del jefe de Hospital.

## 7. ANEXOS

### 7.1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en

HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN AMBULATORIA				
	R1	R2	R3	R4
Obtener los datos de la historia del paciente (anamnesis)	2	1	1	1
Realizar una exploración física completa	2	1	1	1
Realizar una exploración exhaustiva neurológica	2	1	1	1
Interpretar la semiología clínica neurológica	2	1	1	1
Interpretar una analítica completa	2	1	1	1
Plantear un plan de actuación de acuerdo a la priorización de los síntomas	2	1	1	1
Plantear las posibilidades diagnósticas	2	1	1	1
Plantear la necesidad de pruebas complementarias	2	1-2	1	1
Escribir adecuadamente una nota de ingreso donde quede especificado lo expuesto anteriormente	2	1	1	1
Priorizar el empleo de procedimiento diagnóstico de acuerdo a criterios de eficiencia y seguridad	2	1	1	1
Saber explicar y dar un consentimiento informado de las exploraciones complementarias	2	1	1	1
Plantear el tratamiento adecuado	2	1	1	1
Elaboración de un informe de alta según las guías de práctica clínica y los criterios internacionales de codificación	2	1	1	1
Aplicar con criterio las estrategias de prevención cerebrovascular	2	1	1	1
Mantener una adecuada y correcta relación con el paciente y sus familiares	2	2	1-2	1
Dar información adecuada del estado del paciente y de las posibilidades terapéuticas	2	1	1	1
Indicación de tratamiento de toxina botulínica	2	2	2-1	1
Técnicas de infiltración de toxina botulínica en las distintas indicaciones	3	3	3-2	2
Indicación de bloqueos en cefaleas	2	1	1	1
Técnicas de bloqueos (SON/GON)	3	2	2-1	1
Indicación de punción lumbar	3-2	2	2	1
Técnica de la punción lumbar	3-2	2	2	1
Indicación de estudio neurosonológico	2	1	1	1
Técnica de estudio neurosonológico	3	2	2	1
Interpretación de hallazgos en estudio neurosonológico	3	3-2	2	2-1

UNIDAD DE ICTUS/ UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS				
	R1	R2	R3	R4
Punción venosa central y arterial	3	2-3	2	1-2
Intubación orotraqueal	3	2-3	2	1-2
Indicación y tratamiento del ictus agudo (fibrinólisis/trombectomía)	3	3	2	2
Tratamiento de las infecciones nosocomiales graves	3	3-2	2	1
Asistencia ventricular				

IMAGEN NO INVASIVA				
	R1	R2	R3	R4
Realizar e interpretar un Doppler de troncos supraaórticos	3	3	1-2	1
Realizar e interpretar un duplex transcraneal	3	3	2	1-2
Interpretar un estudio de resonancia magnética	3	3-2	2	2
Interpretar un estudio de TAC	3	3-2	2	2
Interpretar estudio de TAC multimodal y angio TAC intracraneal	3	3-2	2	2
Interpretar estudio de medicina nuclear (DATSCAN/SPECT cerebral)	3	3-2	2	2

INVESTIGACIÓN				
	R1	R2	R3	R4
Búsqueda bibliográfica	2	1	1	1
Plantear un trabajo de investigación	2	1-2	1	1
Escribir un proyecto de investigación	2	2	1-2	1
Llevar a cabo un proyecto de investigación	2	2	2	1-2
Presentar en público un trabajo de investigación	2	2	1-2	1
Defender un trabajo de investigación en un congreso	2	2	1-2	1
Publicar un trabajo de investigación	2	2	1-2	1
Buscar financiación para un proyecto de investigación	3	3	3	2-3

GUARDIAS				
	R1	R2	R3	R4
Realizar una valoración rápida de la gravedad del problema	2	2	1	1
Estratificación rápida del riesgo inmediato	3	2	1	1
Realizar una orientación diagnóstica y terapéutica del paciente grave	3	2	1	1
Decidir si es necesario fibrinólisis en el ictus agudo	3	3	3	3
Decidir si es necesario trombectomía en el ictus agudo	3	3	3	3
Iniciar el tratamiento para estabilizar al paciente hemodinámicamente inestable	3	2	1	1
Iniciar las medidas de soporte no farmacológicas necesarias en el paciente grave	3	2	1	1
Decidir si el paciente requiere ingreso	3	2	1	1
Decidir el destino del paciente si queda ingresado	2	2	1	1