

# **PROTOCOLO SUPERVISION RESIDENTES DE LA UNIDAD DOCENTE DE NEUROCIROGÍA**

## **COMPLEJO UNIVERSITARIO HOSPITALARIO DE CACERES**

Marta Ortega Martínez, Jefa del Servicio

María Rico Coteló, Tutora de Residentes

Ignacio Gilete Tejero, Colaborador docente

Manuel Royano Sánchez, Colaborador docente

Iria Gestoso Ríos, Colaboradora docente

David Miranda Zambrano, Colaborador Docente

## 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.

## **PROTOCOLO SUPERVISIÓN RESIDENTES DE NEUROCIRUGÍA**

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 I). 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 Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Para ello, previamente ha sido presentado y aprobado por todos 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 CHUC 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

Jefa de Servicio: Marta Ortega Martínez

Tutora de Residentes: Maria Rico Cotelo

Facultativos Especialistas de Área (Colaboradores Docentes):

-Ignacio Gilete Tejero

-Manuel Royano Sánchez

-Iria Gestoso Ríos

-David Miranda Zambrano

Residentes: Se esperan residentes por años alternos que aseguren una adecuada formación a cada uno.

Auxiliares administrativos: 1 auxiliar administrativo para hospitalización y 1 auxiliar administrativo para quirófano

Quirófanos: Nuestro quirófano es el num 11, todos los días. Un día por semana se utiliza un quirófano adicional, compartido con otras especialidades, lo que hace un total de 6 quirófanos reglados semanales. 1 quirófano adicional de CMA quincenal para cirugía local o CMA. Personal de enfermería específico de Neurocirugía en turno de mañana.

Planta de Hospitalización: Planta primera derecha (30 camas de hospitalización en la planta, compartida con cirugía plástica).

UCI: UCQ (Unidad de Cuidados postquirúrgicos) y UCI médica, ubicadas ambas en la planta semisótano.

Consultas externas: 2 locales de consultas para pasar 6 semanales (uno por médico especialista). Posibilidad de ampliación según necesidades. Adicionalmente existe una consulta de enfermería asociada a las CCEE para curas de heridas quirúrgicas, punciones, tomas de cultivos, etc , con personal de enfermería propio del servicio.

## 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 repartirán 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 8:30 en la sala de sesiones del Servicio con el pase de Guardia. Todos los días laborables se comentan en Sesión clínica (presentada por el

FEA de guardia y, adicionalmente si ese fuera el caso, con el residente de guardia, y con la participación activa de los miembros del Servicio) todos los pacientes ingresados en nuestro Servicio o que requieren nuestra valoración.

Para ello existe un documento oficial del Servicio, en formato Excel, en el que se hacen constar: 1) en una hoja del documento todas las incidencias de la guardia (pacientes que se hayan consultado, incidencias de pacientes hospitalizados, interconsultas que se hayan contestado, cirugías urgentes, etc.), y, 2) en la otra hoja del documento, un resumen de los pacientes ingresados tanto en nuestra planta a nuestro cargo, como los periféricos o en otras unidades como pueden ser las UCIs médica o quirúrgica, la unidad de ictus, etc. En este resumen consta nombre de paciente, habitación, días de estancia pre y postquirúrgica, diagnóstico principal y secundarios, edad, y resumen de evolutivos.

Este documento de Excel, que se denomina Pase de Planta e Incidencia de Guardia se rehace diariamente por el personal de guardia y es la base de nuestra actividad diaria. Sobre este documento realizamos la sesión clínica y la valoración de todos los pacientes tanto ingresados como que nos hayan consultado durante la guardia del día anterior.

Una vez valorados estos pacientes se procede a valorar casos de consulta o consultados que se consideren de especial dificultad. Estos casos se presentarán por el facultativo responsable del paciente y se valorarán por todos los facultativos las opciones de tratamiento posibles con el objetivo de toma de decisiones consensuadas.

Para ello en la sala de sesiones se dispone de una pantalla conectada a nuestro sistema informático (JARA) y de imágenes (CENTRICITY) que permite el acceso a los documentos clínicos y a las imágenes radiológicas y proyectarse en gran tamaño, para mejor valoración conjunta.

En este escenario los residentes deben participar activamente en los comentarios clínicos y de evolución estando supervisados directamente.

Adicionalmente y un día semanalmente, generalmente los miércoles, los residentes deberán presentar una charla en power point, sobre un tema de interés y que permita actualización en el tema y profundización de manera amplia en dicho tema. Esta charla tendrá una duración aproximada de 20 min y un periodo de discusión posterior de 10 min.

## 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 será directa. A medida que los residentes evolucionan en su desarrollo podrán evaluar y plantear tratamientos médicos de forma autónoma (sin supervisión directa, fundamentalmente desde R3) 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 que lo llevará en horario de mañana 8:00-

15:00 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 actualmente según el siguiente organigrama:

- Martes: Dr. Gilete Tejero, Dr. Miranda Zambrano
- Miércoles: Dra Ortega Martínez, Dr Royano Sánchez
- Jueves: Dra Rico Coteló, Dra Gestoso Ríos

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 pasarán una consulta semanal con supervisión a demanda del facultativo responsable de la misma que se encontrará en la consulta adyacente (nivel I). (para ello se realizarán los cambios pertinentes en el organigrama de consultas). 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 serán valoradas diariamente 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 distribuirán 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 se establecen 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 PEQUEÑO (R1 Y R2)	R INTERMEDIO (R3)	R MAYOR (R4 Y R5)
Trépanos (hsdc, pic, dve..)	3-2	2	1-2
Sutura de scalps	3-2	2	1-2
Hematoma epidural	3	2-3	2
Hematoma subdural agudo	3	2-3	2
Contusión, hematoma, lobectomía	3	3-2	2
Craneotomía descompresiva	3	3-2	2

### TUMORES CEREBRALES

	R PEQUEÑO (R1 Y R2)	R INTERMEDIO (R3)	R MAYOR (R4 Y R5)
Biopsia guiada por NN	3-2	2	2-3
Tumores intrínsecos en zonas no elocuentes	3	3-2	2
Tumores intrínsecos en zonas elocuentes	3	3	3-2
Meningiomas de convexidad	3	2-3	2
Meningiomas complejos, base de cráneo	3	3	3-2
Lesiones de fosa posterior	3	3-2	2
Lesiones en ángulo pontocerebeloso, tronco	3	3	3-2
Lesiones intracraneales benignas en cisternas (epidermoides, quistes aracnoideos)	3	3	3-2
Endoscopia transesfenoidal	3	3	3-2
Tumores craneales	3	2-3	2

## PATOLOGIA VASCULAR

	R PEQUEÑO (R1 Y R2)	R INTERMEDIO (R3)	R MAYOR (R4 Y R5)
Aneurismas	3	3	3-2
MAV	3	3	3-2
Cavernomas	3	3-2	2-3
Hematomas espontáneos lobares	3	3-2	2
Craniectomías por infartos expansivos	3	2	2

## PATOLOGIA DE LCR

	R PEQUEÑO (R1 Y R2)	R INTERMEDIO (R3)	R MAYOR (R4 Y R5)
Válvulas V-P	3	2-3	2
Válvulas L-P	3	2-3	2
Válvulas V-A	3	2-3	2
Endoscopia	3	3	3-2
DEL, PL ...	1-2	1	1

## PATOLOGIA ESPINAL LUMBAR

	R PEQUEÑO (R1 Y R2)	R INTERMEDIO (R3)	R MAYOR (R4 Y R5)
Hernia de disco	3	2-3	2
Fijación transpedicular	3	3-2	2-3
Fijación 360°	3	3	3-2
Tumor vertebral	3	3	3-2
Tumor intradural	3	3	3-2
Descompresión canal (laminectomías, foraminos...)	3	3-2	2

## PATOLOGIA COLUMNA CERVICAL O DORSAL

	R PEQUEÑO (R1 Y R2)	R INTERMEDIO (R3)	R MAYOR (R4 Y R5)
Halo-vest	1-2	1	1
Discectomía cervical	3	3-2	2
Fijación masas laterales	3	3	2-3
Fijación transpedicular dorsal	3	3	3-2
Abordajes posterolaterales, anteriores, laterales	3	3	3-2
Tumores intradurales	3	3	3-2

## OTRAS (PATOLOGIA FUNCIONAL, DOLOR, NERVIOS PERIFÉRICOS, ETC)

	R PEQUEÑO (R1 Y R2)	R INTERMEDIO (R3)	R MAYOR (R4 Y R5)
Implante estimulador epidural	3	3-2	2-3
Implante bombas infusión intratecal fármacos	3	3-2	2-3
Implante electrodos profundos cerebrales (Parkinson, etc)	3	3	3-2
Recambios generadores bombas, electrodos, etc	3	3-2	2-3
Descompresiones nervio periférico (mediano, cubital...)	2-3	2	2

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

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.

1. 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.

2. 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.