

NORMATIVA DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

La formación del médico residente implica, según la normativa legal, la asunción progresiva por el residente de responsabilidades tanto en las rotaciones programadas como en la atención urgente realizada en las guardias. Paralelamente, a lo largo de los años de residencia el residente irá teniendo un nivel decreciente de supervisión a medida que se avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

Por otra parte, la norma legal indica también explícitamente la obligación de realizar una supervisión directa del residente durante el primer año de especialidad.

1.- Supervisión del residente en las rotaciones:

Durante su formación, el residente deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar adecuadamente su profesión y prestar los servicios sanitarios propios de la especialidad.

Cada uno de los miembros del Servicio asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad (el Decreto 183/2008, Art. 14 establece el “deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes”). El modelo de formación durante este periodo será centrado en el que aprende. La función del cirujano al cargo del residente será la de tutelar y orientar el aprendizaje personal por parte del residente y facilitar la asunción progresiva de responsabilidades por este a medida que adquiera conocimientos y habilidades.

El residente por su parte 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.

Los elementos básicos del aprendizaje serán la labor clínica diaria, el estudio personal, las sesiones y los cursos y seminarios.

El Médico Residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un MÉDICO, 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 cirujano supervisor.

2.- Niveles de supervisión

Nivel 1. - Controles de primer nivel o supervisión directa o supervisión directa (personal)

El objetivo de este primer nivel de formación es que el Médico Residente se familiarice con el manejo de la patología habitual del Servicio, incluidas las propias de la Patología Quirúrgica Urgente, así como el aprendizaje básico de las diferentes Técnicas Quirúrgicas básicas y esenciales que forman parte de la especialidad. En este periodo formativo, y siempre que esté iniciándose en la denominada Cirugía Menor (cirugía realizada con anestesia local), será supervisado en todo momento por un MIR de mayor responsabilidad cuando lo haya (2º a 5º año).

Implica la supervisión, continua, personal y presencial por parte del Cirujano especialista responsable de la formación. El MIR no dispone de ninguna función autónoma que implique responsabilidad sobre el paciente.

Este tipo de control se debe utilizar:

- Durante el primer año de Residencia
- En las nuevas rotaciones de R2, R3 y R4
- Durante la implantación de nuevas técnicas Quirúrgicas o en procedimientos de alto riesgo y complejidad durante todo el periodo formativo. Las técnicas de alto riesgo y complejidad serán supervisadas siempre por el Cirujano responsable de la formación.

Nivel 2. - Controles de segundo nivel o supervisión indirecta

El objetivo de este nivel de responsabilidad es que vaya adquiriendo soltura en el manejo de toda la patología habitual del Servicio, con una cierta libertad en sus actuaciones, siempre con la autorización del Cirujano especialista responsable, quien además deberá supervisar su labor y validará el resultado. El MIR dispone de autonomía para realizar la tarea, pero el cirujano especialista debe dar por correcto el resultado antes de que se dé por finalizada la exploración.

Este tipo de control deberá realizarse en todos los casos durante el R2 de formación y durante el R3 ó R4, solo en el caso de que el Médico especialista responsable de la formación lo considere oportuno.

Estos controles también deben realizarse, a juicio del Cirujano Supervisor especialmente en exploraciones altamente especializadas, de alto coste o que supongan riesgo para el enfermo. El objetivo de esta intervención es el de no repetir la exploración, que esta sea defectuosa y evitar el riesgo de error diagnóstico.

Nivel 3. - Controles de tercer nivel o supervisión general o a demanda.

El objetivo de este tercer nivel es dotar al MIR del nivel de autonomía necesaria que en el futuro le permita asumir sus responsabilidades como médico especialista

El MIR tiene plena autonomía para realizar toda la tarea, incluido el control de Calidad y la validación del resultado. Se deja a su criterio la petición de ayuda o de intervención al Cirujano especialista. El Cirujano supervisor deberá estar en situación de disponibilidad.

Este tipo de control tan solo se aplicara a los R3, R4 y R5.

Cláusula de salvaguarda:

Si el Cirujano Supervisor considera que el Residente, en cualquiera de los años de Formación, no reúne la capacitación necesaria para asumir este nivel de responsabilidad, deberá ponerlo en conocimiento del Tutor y al Jefe de Servicio los cuales una vez analizadas las circunstancias podrán denegar este nivel de responsabilidad o retrasarlo en el tiempo hasta que el Residente esté capacitado.

3.- Supervisión de los residentes en Urgencias:

Durante las guardias, el Médico Residente deberá implicarse progresivamente en las actuaciones y toma de decisiones. Las funciones del Médico Interno Residente variarán según vayan adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

a) Residentes de 1º y 2º año:

Durante los primeros meses, el residente realizará las guardias en el Servicio de Urgencias integrado en el Bloque Traumato-Quirúrgico. En este período el residente se familiarizará con la mecánica y la rutina de las guardias, junto con el manejo más elemental y básico de la patología urgente correspondiente a este apartado de la Patología Quirúrgica, asumiendo progresivamente un papel activo en las mismas.

Posteriormente, la supervisión será realizada de forma directa por los cirujanos de guardia de los servicios por los que rote que cuenten con . En ningún caso el residente de 1º año podrá emitir un informe ni realizar una exploración sin contar con la autorización y la supervisión DIRECTA del cirujano de guardia, que es en última instancia el responsable de las actuaciones realizadas por el residente durante su primer año de formación.

b) Residentes de 3º hasta 5º año:

A partir de completar los dos primeros años de rotaciones obligatorias, el residente se incorporará en guardias del Servicio de referencia, que en nuestro caso concreto es el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Cruces, al resto del Equipo de Guardia de Cirugía, formando parte del mismo, deberá a partir de este momento y de manera progresiva y gradual, ir adquiriendo responsabilidades que irán siendo mayores a medida que pasen los años de Residencia

La supervisión de estos residentes se realizará siguiendo una pauta de progresiva delegación de responsabilidades en el Residente, pasándose de una supervisión directa a una supervisión del resultado de su trabajo y, finalmente a una supervisión a demanda del residente, de acuerdo con lo estipulado en el apartado de niveles de supervisión.