

NORMATIVA DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

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. Estas responsabilidades se delimitarán en el ámbito médico, en el ámbito obstétrico y en el ámbito quirúrgico e implicarán la adquisición de responsabilidades y competencias de manera progresiva. Esta evolución deberá ser supervisada y controlada de manera gradual a lo largo de los años de residencia hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista en Ginecología y Obstetricia.

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 Ginecólogo supervisor 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 implicará el aprendizaje por parte del residente de la parcela de la especialidad por la que está realizando en ese momento su rotación. La función del ginecólogo 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. Deberá realizar las funciones encomendadas, 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. Así mismo se esforzará en adquirir las habilidades que se planifiquen en cada rotación

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 ginecólogo responsable de su rotación o al tutor.

2. Niveles de supervisión

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

El objetivo principal de este primer nivel de formación es que el Médico Residente se familiarice con el manejo de la patología habitual del Servicio. Se plantean los siguientes objetivos:

1. Adquirir una visión general de la especialidad
2. Responsabilizarse del parto normal
3. Detectar la posibilidad de complicaciones en el ámbito de la obstetricia
4. Realizar cesáreas no complicadas en el 2º año de residencia
5. Evaluar la urgencia ginecológica
6. Adquirir conceptos básicos de ginecología
7. Realizar técnicas quirúrgicas básicas
8. Ayudar a realizar técnicas quirúrgicas complicadas

Implica la supervisión, continua, personal y presencial por parte del Ginecólogo 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:

- o Durante el primer año de Residencia
- o En las nuevas rotaciones de R2 y R3

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 pero siempre con la autorización del Ginecólogo especialista responsable quien además deberá supervisar su labor y validar el resultado. El MIR dispone de autonomía para realizar la tarea, pero el ginecólogo especialista debe validar el resultado antes de que se dé por finalizada la exploración.

Este tipo de control deberá realizarse en todos los casos durante el 2º año de formación principalmente en los siguientes casos

1. Partos normales y partos instrumentales sin dificultad
2. Técnicas quirúrgicas básicas
3. Evaluación de las pacientes que acuden a la urgencia ginecológica
4. Control del embarazo normal
5. Realización de ecografías de nivel básico

Durante el 3º año en los supuestos que se citan

1. Partos instrumentales
2. Cesáreas
3. Cirugía ginecológica laparoscópica, laparotómica y vaginal básicas
4. Determinadas técnicas en el ámbito ginecológico como colposcopias e histeroscopias

En el 4º año cuando el ginecólogo responsable considere oportuno este tipo de supervisión.

Estos controles también deben realizarse, a juicio del Ginecólogo Supervisor cuando se realicen 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 en el diagnóstico o en el tratamiento.

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 Ginecólogo especialista. El Ginecólogo supervisor deberá estar en situación de disponibilidad.

Este tipo de control tan solo se aplicará a los R3 en repetición de rotación y a los R4.

Cláusula de salvaguarda:

Si el Ginecólogo 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 del Jefe de Servicio los cuales una vez analizadas las circunstancias podrían 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 año:

Durante el primer año el residente realizará cada mes, durante sus 3 primeros meses, 5 módulos de guardia de 7 horas (De 15 a 22 horas), acompañado de un residente de mayor rango. A partir del 4º mes, doblará las guardias realizando cinco módulos de guardia de 17 horas por mes. En este período el residente se familiarizará con la mecánica y la rutina de las guardias, asumiendo progresivamente un papel activo en las mismas. El residente más antiguo que comparta la guardia con él será el encargado de instruir al nuevo residente en sus obligaciones y funciones. Siendo obligación del ginecólogo de plantilla la supervisión final de los residentes

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 ginecólogo 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 2º-4º año:

A partir del 2º año de residencia los Médicos Residentes deberán ir adquiriendo progresivamente 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.

En Bilbao a 1 de Diciembre de 2010

Dra. Mercedes Fraca Dr. Daniel Andia

Tutores de residentes de ginecología del Hospital de Basurto