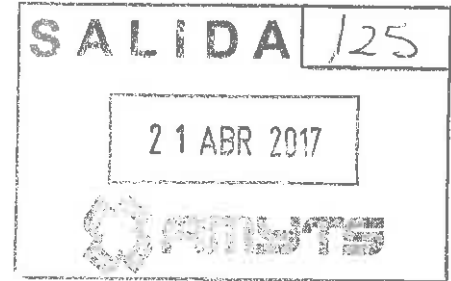


Excmo. Sr. D. Jesús Sánchez Martos.
Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Aduana, 29.
28013 Madrid



c/c Sr. D. Manuel Molina Muñoz, Viceconsejería de Sanidad.
Sra. D^a. Miriam Rabaneda Gudiel, D. G. de Planificación, Investigación y Formación.
Sr. D. César Pascual Fernández, D. G. de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Estimado consejero:

Nos dirigimos a Vd. en relación con el preocupante asunto del grado de supervisión de los futuros especialistas durante su periodo de formación y los niveles de responsabilidad.

En febrero de 2008 se publicó el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, en el que se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, entre ellos, la regulación del grado de supervisión de los futuros especialistas y los diferentes niveles de responsabilidad, según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos.

En concreto, en su Capítulo V, se establece el deber general de supervisión y se determina que el sistema formativo de residencia implicará la asunción progresiva de responsabilidades.

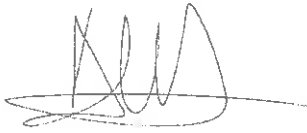
A pesar de la vigencia de dicha regulación reglamentaria, y de la existencia de protocolos en el Servicio Madrileño de Salud que recogen y desarrollan sus disposiciones, hemos detectado un grado de cumplimiento muy desigual entre los diferentes centros, con situaciones que infringen de plano la normativa de obligado cumplimiento: "Hospitales en los que los informes de los residentes de primer año se apilan para su firma por un médico responsable al día siguiente", "Informes firmados por el residente de primer año y un residente de mayor edad", o incluso "suplantaciones de firmas *para no tener que molestar*".

Desde AMYTS y el ICOMEM pensamos que estos incumplimientos no se deben producir, y así se evitarán situaciones que provocan un elevado estrés en los facultativos en periodo de formación MIR y en los propios especialistas.

Es necesario proceder a un desarrollo de la regulación existente que se ajuste a la realidad de la práctica clínica y un seguimiento que garantice un cumplimiento homogéneo en el SERMAS, por lo que solicitamos la creación de un grupo de trabajo al respecto.

Agradecemos sinceramente de antemano la atención que pueda prestar a nuestra petición. Sin otro particular, atentamente.

Madrid, 21 de abril de 2017.



Fdo. Ángela Hernández Puente.
Presidente Atención Hospitalaria de AMYTS
Especialista de Cirugía General
y del Aparato Digestivo.



Fdo. Borja Castejón Navarro
Vocal de Médicos en Formación del ICOMEM
Especialista en Angiología y Cirugía Vascolar.

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

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 el grado de supervisión de los futuros especialistas y estableciendo los diferentes niveles de responsabilidad, según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos.

Si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un descenso progresivo de la supervisión realizada por los tutores y los facultativos responsables, produciéndose a la vez un incremento gradual y lineal de los niveles de responsabilidad de los residentes, para alcanzar al final de la residencia la autonomía completa y así iniciar su etapa laboral como especialista de manera segura y con elevado nivel de calificación.

Dicho Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención al Servicio de Urgencias, importante área tanto a nivel docente como asistencial, en la que ambos aspectos deben realizarse de forma excelente.

Siguiendo las directrices del programa formativo se han definido los niveles de responsabilidad y los objetivos docentes según el año de formación o residencia así como la capacidad de autonomía de forma progresiva de los residentes.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Responsabilidad máxima/ supervisión a demanda, nivel 3: las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario

Responsabilidad media/ supervisión directa, nivel 2: el residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Las actividades se realizan bajo la supervisión directa del adjunto

Responsabilidad mínima, nivel 1: el residente sólo tiene conocimiento teórico de determinadas actuaciones , pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas / asistidas en su ejecución por el residente

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DURANTE LAS ROTACIONES

Durante la formación del residente se deberán adquirir conocimientos y habilidades para prestar la adecuada asistencia a los pacientes .La formación del médico residente implica la asunción progresiva de responsabilidades tanto en las rotaciones obligatorias, como en las electivas ,ya sean internas o externas, como en las guardias realizadas en los diversos servicios de Urgencias hospitalarios (general del hospital, pediatría, ginecología), extrahospitalarios (SAR), emergencias (061) o servicios específicos(medicina interna, traumatología, etc).

Los residentes que rotan en nuestro servicio son R1 de especialidades médicas, y R2 de medicina de familia de forma voluntaria.

Este nivel de responsabilidad supone también que la supervisión será decreciente 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.

Cada uno de los miembros del Servicio asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad (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 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.

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 adjunto supervisor.

SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DURANTE LAS GUARDIAS

RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Responsabilidad

- El residente está siempre supervisado físicamente y no puede firmar solo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes , tal y como establece el RD 183/2008

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Responsabilidad

- Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva de forma que le serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.

RESIDENTES DE TERCER AÑO Y CUARTO AÑO

Responsabilidad

Debe progresar en la práctica asistencial de carácter urgente , perfeccionando las habilidades adquiridas el año anterior, asumiendo un mayor nivel de responsabilidad

- prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente
- Debe realizar actividades de coordinación de residentes de primer y segundo año

HABILIDAD	Nivel de responsabilidad			
	R1	R2	R3	R4-5
Presentarse e informar al paciente y familiares	2	3	3	3
Comunicación de malas noticias	1	2	3	3
Realización correcta de una historia clínica, orientación global del paciente identificando el motivo actual de consulta y valoración global del grado de gravedad	1	3	3	3
Evaluación del estado mental del paciente	1	3	3	3
Realizar de forma sistemática la exploración física general así como la exploración física específica según la orientación clínica	1	3	3	3
Solicitar e interpretación correcta de las pruebas complementarias básicas , analítica y radiografía	1	3	3	3
Indicación e interpretación correcta del electrocardiograma de 12 derivaciones, especialmente identificar el electrocardiograma patológico (infarto, arritmias...)	1	2	3	3
Solicitud de interconsulta con otros especialistas	1	2	3	3
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales	1	2	3	3
Iniciarse en punciones arteriales, venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, y artrocentesis	1	2	3	3
Sondaje vesical y nasogástrico	1	2	3	3
Conocimiento y utilización de monitores. Sistemas de monitorización	1	3	3	3
Iniciación de terapéutica en urgencias: manejo de sueroterapia, oxigenoterapia, broncodilatadores, indicación de los principales fármacos utilizados en el área de urgencias	1	3	3	3
Uso de antibioterapia	1	2	3	3
Valoración del paciente politraumatizado y manejo inicial	1	2	3	3
Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada	1	2	3	3
Decisión de ingreso o alta hospitalaria	1	1	2	3

