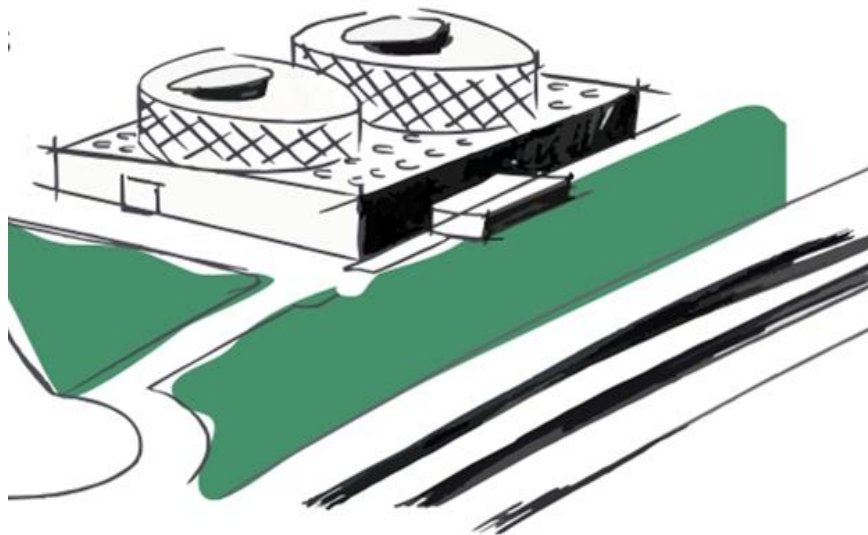


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO



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.
3	Diciembre 2019	Revisión del Documento
4	Febrero 2022	Revisión y actualización del documento
5	Mayo 2026	Revisión y actualización del documento

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	NORMATIVA APLICABLE.....	3
3.	PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN	5
4.	OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.....	6
	ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DOCENTE.....	8
4.2.	AMBITOS DE APLICACIÓN (ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL SEVICIO DE CIRUGÍA GENERAL).....	9
	HOSPITALIZACIÓN.....	9
	AREA DE QUIRÓFANOS	10
	CONSULTA.....	11
	ACTIVIDAD DE GUARDIA.....	12
	OTRAS ACTIVIDADES	13
4.3.	NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISION DEL RESIDENTE	14
4.4.	TAREAS Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN DEL MEDICO RESIDENTE POR AREAS DE TRABAJO.....	16
	4.4.1. Hospitalización.....	16
	4.4.2. Consultas Externas.....	16
	7.3 Quirófano.....	17
5.	TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS	17
5.1.	ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS	18
	• Hospitalización:	18
	• Consulta:	18
	• Guardia:	18
6.	TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL TUTOR DE RESIDENTES.....	18
7.	CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO	19

1. INTRODUCCIÓN

La actividad formativa del médico residente debe ser supervisada y evaluada con objeto de garantizar una formación de calidad acorde a los parámetros exigibles enmarcados dentro de su plan de formación. Es la Comisión de Docencia del hospital receptor la encargada de garantizar dicha supervisión que se traducirá en una evaluación periódica de los conocimientos obtenidos durante su itinerario formativo.

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) ha tenido 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 ello se ha intentado formalizar todas las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

La Formación Sanitaria Especializada constituye un proceso reglado de adquisición progresiva de competencias profesionales mediante el ejercicio tutelado de actividades asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión clínica realizadas en un entorno de práctica real.

La supervisión de los Médicos Internos Residentes (MIR) constituye uno de los pilares fundamentales del sistema de formación sanitaria especializada, garantizando simultáneamente la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la adquisición gradual de competencias por parte del profesional en formación.

El presente Protocolo de Supervisión establece los criterios de responsabilidad progresiva y supervisión aplicables a los residentes de la Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de acuerdo con la normativa vigente y con los principios actuales de formación basada en competencias.

La supervisión deberá ser progresivamente decreciente conforme aumente la capacitación del residente, sin que ello suponga una disminución de las garantías de seguridad para los pacientes ni una delegación inadecuada de responsabilidades.

La responsabilidad última sobre la asistencia prestada corresponde siempre al especialista responsable del paciente, independientemente del grado de autonomía alcanzado por el residente.

La actividad formativa del residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo se desarrollará en los siguientes ámbitos:

- Hospitalización.
- Consultas externas.
- Quirófano programado.
- Cirugía urgente.
- Atención continuada y guardias.
- Unidades de cuidados críticos y reanimación.
- Rotaciones internas y externas.
- Actividad docente e investigadora.
- Simulación clínica y entrenamiento quirúrgico.

La supervisión deberá orientarse no solamente al cumplimiento del programa formativo oficial de la especialidad, sino también a la adquisición de competencias relacionadas con:

- Seguridad del paciente.
- Profesionalismo.
- Comunicación clínica.
- Trabajo en equipo.
- Liderazgo clínico.
- Gestión de recursos.
- Investigación y docencia.
- Humanización de la asistencia.

Todas las actividades del residente deben ser integradas y estructuradas según el programa del médico en formación y la organización y actividad propias del centro, de acuerdo con las características de este. Se establece un protocolo de supervisión en las áreas de trabajo del residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD), existiendo además un protocolo específico para la atención continuada en el ámbito de las guardias de la especialidad. Los responsables últimos de la supervisión final del médico en formación son el tutor de CGAD, el Jefe de Servicio de CGAD y la Comisión de Docencia.

El objeto es la supervisión del residente en CGAD y el alcance corresponde a la unidad de CGAD y el área de urgencias. Para ello precisamos definir los aspectos formativos durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, estableciendo el grado de supervisión de los futuros especialistas y 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 profesionales 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.

La supervisión del médico residente no estará en ningún caso supeditada al criterio y valoración de otro residente con independencia del año de formación. Por tanto, los residentes de los últimos años de formación en ningún caso realizarán la supervisión formativa de los residentes de años inferiores.

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

2. NORMATIVA APLICABLE

La Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) ha elaborado el programa formativo de dicha especialidad que ha sido verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. El programa formativo marca el itinerario que el médico en formación deberá recorrer para adquirir las competencias, habilidades, destrezas y conocimientos que le facultarán para ejercer su profesión.

La evaluación de la formación sanitaria especializada está regulada en el capítulo V del Real Decreto (RD) 183/2008 de 8 de febrero por el que se determina y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. En dicho RD 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 estableciendo los diferentes niveles de responsabilidad, 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, produciéndose a la vez un incremento gradual y lineal de los niveles de responsabilidad de los residentes, 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.

Las Comisiones de Docencia, siguiendo las directrices marcadas en el RD antes mencionado, recogen todos estos aspectos, haciendo especial énfasis en escenarios específicos de actuación como puede ser el área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Es por ello que la Comisión de Docencia favorece la creación de protocolos de supervisión que garanticen la correcta adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes pertenecientes a especialidades del tronco quirúrgico en la atención continuada en todas las áreas de formación y capacitación del médico residente en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

La supervisión del médico residente se realizará siguiendo un protocolo elaborado desde el Servicio de Cirugía General a través de su tutor correspondiente y bajo las directrices marcadas por la Comisión de Docencia y siempre adaptado a la estructura docente y asistencial del HURJC incluyendo las rotaciones fuera del mencionado centro que también serán supervisadas. La normativa aplicable a dicha supervisión se detalla a continuación:

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. El capítulo V (artículos 14 y 15) hace mención al deber general de supervisión y a la responsabilidad progresiva del residente. Las ideas fundamentales contenidas en este capítulo pueden resumirse en los siguientes puntos sobre los que añadimos algunos comentarios:

- Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas (además del grado y de la formación continuada).
- De lo anterior deriva un deber general de supervisión inherente por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes.

Estas dos ideas generales son importantes pues establecen que la dedicación docente y, por tanto, el deber de supervisión, resultan inherentes al trabajo en instituciones docentes.

- Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.

La programación de las actividades de los servicios y unidades docentes no puede ser ajena a su carácter docente. Los responsables asistenciales deben coordinarse con los tutores y, por tanto, éstos participan en la gestión y planificación de las actividades de forma que se garantice la supervisión.

- El sistema formativo implica una asunción progresiva de responsabilidades y, por tanto, una supervisión decreciente. Los residentes asumirán, por tanto, las indicaciones de los especialistas con los que presten los servicios.

El carácter progresivo obliga a especificar diferentes niveles de responsabilidad en función de las tareas y técnicas a desarrollar por el residente. La idea de la supervisión decreciente es también importante para garantizar que el residente progresa y madura en su asunción de responsabilidades.

- La supervisión del residente de primer año será de presencia física por los profesionales que presten los servicios por donde el residente esté rotando.
- Los mencionados especialistas visarán por escrito los documentos relativos a las actividades asistenciales.

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/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

La CGAD es una especialidad quirúrgica consolidada en la que hay que analizar los niveles de complejidad asistencial, el papel de la investigación y los procedimientos de enseñanza y formación continuada.

La Cirugía General ha ido incorporando progresivamente nuevos saberes médicos, susceptibles de tratamiento operatorio, y después se ha ido fragmentando en diversas especialidades a medida que la técnica operatoria y los medios diagnósticos ampliaron su campo de acción.

El avance imparable que ha suscitado la Cirugía, ha hecho que el dominio de la técnica diagnóstica y terapéutica constituya un hecho difícil de dominar por el cirujano, que hasta entonces había extendido su conocimiento a diversos campos y dominios. El conocimiento progresivo de la Patología Quirúrgica ha hecho que el cirujano competente penetre en nuevos campos que antes eludía. De esta manera se ha ido diversificando su parcela quirúrgica objeto de su acción.

La Comisión de Docencia en general y el tutor en particular deben facilitar el máximo rendimiento formativo del médico en formación asegurando una formación adecuada, de calidad y acorde que garantice un ejercicio clínico eficaz y de garantía. Por consiguiente y en base a estos preceptos deseados, se requiere de unos mecanismos de control estrictos que regulen todo el proceso de formación y acreditación del profesional implicado y que auditen y supervisen las distintas instituciones y servicios encargados de impartir la formación adecuada.

Por lo que concierne a las funciones del Cirujano General en formación, se podrían sistematizar en:

- Competencia para el diagnóstico y tratamiento de toda la materia incluida en su itinerario formativo.
- Competencia para todo tipo de tratamientos quirúrgicos primarios adentrándose progresivamente en la especialización quirúrgica en cada campo concreto.

Conocimientos adecuados para tratar a los enfermos en estado crítico, ya que su preparación en toda la Fisiopatología Quirúrgica General y su capacidad para actuar sin barreras anatómicas les facultan adecuadamente en estos casos difíciles.

La supervisión de los residentes se regirá por los siguientes principios:

- Seguridad del paciente

La seguridad del paciente constituye el principio prioritario. Ninguna actividad formativa podrá desarrollarse comprometiendo la calidad asistencial ni la seguridad clínica.

- Supervisión progresiva

La autonomía del residente aumentará progresivamente conforme:

- Avance en su programa formativo.
- Demuestre competencias adecuadas.
- Obtenga evaluaciones favorables.
- Adquiera experiencia suficiente.

- Formación basada en competencias

La adquisición de autonomía no dependerá exclusivamente del año de residencia. Se valorarán:

- Competencias clínicas.
- Competencias técnicas.
- Habilidades de comunicación.
- Profesionalismo.
- Capacidad de toma de decisiones.
- Gestión de situaciones complejas.

- Supervisión individualizada

Los tutores podrán adaptar el grado de supervisión a las necesidades específicas de cada residente.

- Disponibilidad permanente del especialista

Todo residente deberá conocer en cada momento quién es el especialista responsable de supervisar su actividad. El especialista deberá encontrarse accesible para consulta inmediata.

- Cultura de seguridad

Se promoverá:

- Comunicación abierta.
- Solicitud precoz de ayuda.
- Análisis de incidentes.
- Aprendizaje de errores.
- Trabajo multidisciplinar.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Dentro de los objetivos generales del residente de Cirugía, estaría el conocimiento de la estructura de una Unidad de Cirugía General, y la interrelación con otras Unidades docentes y asistenciales.

Los objetivos docentes, se pueden distribuir en cuatro ámbitos principales, donde el Residente desarrolla su actividad: la guardia de Cirugía/Urgencias, Planta de hospitalización, Actividad quirúrgica programada y la Consulta externa.

La formación del residente constará de 4 apartados:

- **Labor asistencial:** El residente participará activamente en la relación y tratamiento del paciente en los distintos ámbitos hospitalarios, con un aumento progresivo de su grado de responsabilidad y consecuentemente, una reducción del grado de supervisión por el especialista o el Tutor.
- **Labor formativa:** Más allá de su actividad en el manejo de los pacientes, el residente es responsable de su formación y el conocimiento adquirido, debiendo disponer de un conocimiento teórico suficiente sobre el que basar su toma de decisiones. EL Tutor y demás especialistas deben orientar al residente sobre las mejores fuentes para obtener la información. Así mismo, deben facilitar la asistencia del residente a eventos formativos, tales como cursos, congresos, simposios, etc...

- **Labor investigadora:** Durante el periodo de formación, el residente debe adquirir también un conocimiento básico sobre el método científico, la lectura crítica de un artículo, y el diseño y realización de un proyecto de investigación. El Tutor y los demás especialistas doctores del servicio deben facilitar al residente la realización de su Tesis Doctoral, en el caso en que éste esté interesado en elaborarla.
- **Labor docente:** Dado que el hospital está adscrito a la Universidad Rey Juan Carlos, los residentes tendrán la posibilidad de impartir clases en cursos, prácticas, seminarios o Masters en pre y postgrados vinculados al Servicio de CGAD.

En el programa de la Especialidad de Cirugía General, se plantea como primer objetivo “la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden primariamente a la CGAD, tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos como urgentes”. Para ello, el residente de Cirugía, participa activamente de las actividades asistenciales, además de las docentes e investigadoras de la Unidad de Cirugía. El médico en formación deberá adquirir progresivamente unas competencias en los diferentes campos de su aprendizaje que abarcan las áreas de hospitalización, consulta externa, quirófano y urgencias y así completarán la adquisición de competencias necesarias para el manejo diagnóstico y terapéutico. Dichas competencias se resumen a continuación:

1. **Conocimientos** para poder elaborar un juicio diagnóstico de presunción y plantear y aplicar las opciones terapéuticas. El especialista en CGAD tiene todas las competencias sobre la patología quirúrgica, electiva y urgente, de los siguientes sistemas, aparatos y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello. Conocer los protocolos del sistema de gestión del proceso asistencial.
2. **Habilidades técnicas** para conocer los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía. La profundización en estos principios básicos dota a esta especialidad de una amplia base formativa que facilita su potencial polivalencia, tanto para la asistencia, como para la investigación y la docencia, pudiendo considerarse como paradigma de disciplina troncal entre las especialidades quirúrgicas.
3. **Habilidades comunicativas** para dar información adecuada al paciente sobre su estado de salud, ser capaz de informar a los familiares y de presentar casos clínicos en el servicio, así como de enseñar a los estudiantes.
4. **Desarrollo personal y profesional** para saber organizar el currículum. Poder solicitar un consentimiento informado. Manejo ágil de bibliografía.

Por tanto, al finalizar el periodo formativo el residente deberá haber adquirido las competencias necesarias para ejercer de forma autónoma como especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Competencias clínicas

- Realizar anamnesis completas.
- Realizar exploración física sistemática.
- Elaborar diagnósticos diferenciales.
- Indicar e interpretar pruebas complementarias.
- Establecer estrategias terapéuticas.

Competencias quirúrgicas

- Dominar las técnicas quirúrgicas incluidas en el programa oficial.
- Manejar complicaciones intraoperatorias.
- Manejar complicaciones postoperatorias.
- Aplicar criterios de seguridad quirúrgica.

Competencias transversales

- Comunicación clínica.
- Trabajo en equipo.
- Gestión clínica.
- Ética médica.
- Seguridad del paciente.
- Investigación.
- Docencia.

Competencias profesionales

- Liderazgo clínico.
- Toma de decisiones.
- Gestión del tiempo.
- Responsabilidad profesional.
- Capacidad de autoevaluación.

ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DOCENTE

La actividad del Servicio de CGAD se desarrolla fundamentalmente en el quirófano, hospitalización, consultas externas y guardias. Es la unidad quirúrgica con mayor número de pacientes ingresados, correspondiéndole 30 camas de hospitalización habitualmente.

El hospital está acreditado como Hospital Universitario adscrito a la Universidad Rey Juan Carlos y la unidad cuenta con el Dr. Manuel Durán Poveda (Catedrático de Cirugía Facultad de Ciencias de la Salud URJC), así como con los siguientes Profesores Asociados: Dr. Camilo Castellón Pavón, Tamara Díaz Vico y Belén Manso Abajo, siendo el resto de Facultativos Especialistas Tutores Honoríficos de la Universidad.

La plantilla del Servicio de CGAD está compuesta por 19 facultativos:

- Manuel Durán Poveda (Jefe de Servicio y Jefe de Estudios HURJC)
- Camilo José Castellón Pavón (Jefe Asociado. Cirugía Hepatobiliopancreática).
- Belén Manso Abajo (Jefa Asociada. Cirugía Colorrectal).
- Carlos Ferrigni González (Coordinador Unidad de Cirugía Bariátrica y Pared Abdominal)
- Tamara Díaz Vico (Tutora de residentes)
- Beatriz Laiz Díez
- Cesar Lévano Linares
- Ana Torres Alemán
- Irene Grao Torrente
- Rocío Belén Avellana Moreno
- Ana Muñoz Rivas
- Luis Estela Villa
- Borja Agustín Camacho Fernández-Pacheco
- Nicolás Pareja Arico
- María Dolores Picardo Gomendio
- Cesar García Llorente
- Ángela Santana Valenciano
- María del Rocío Nieto Martos
- Alejandro Barbero Valenzuela

4.2. AMBITOS DE APLICACIÓN (ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL SEVICIO DE CIRUGÍA GENERAL)

La estructura física se detalla a continuación:

HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización de CGAD está ubicada en la planta 6ª Torre Plaza. Por necesidades asistenciales, cuando el número de pacientes ingresados supera el número de camas asignadas al servicio, los pacientes podrán ingresar en las plantas 4ª o 7ª de la Torre Plaza y excepcionalmente en plantas de la Torre Universidad. Los ingresos en la planta de cirugía corresponderán a pacientes ingresados con patología aguda desde la urgencia y a pacientes en fase de convalecencia tras ser sometidos a cirugía programada o urgente. Las actividades en la sala de hospitalización (enfermos ingresados del servicio e interconsultas) se detallan a continuación:

- Pase de Planta (Hospitalización): Ubicación Planta 6 (Torre Plaza).
- Horario: 8:30 a 15:00 acompañado por un cirujano responsable de planta asignado ese día.
- Diariamente, un facultativo con el residente asignado a la planta y las enfermeras responsables, se encargan del pase de visita. Las interconsultas que surgen entre los distintos servicios del hospital serán contestadas en el día por el residente supervisado por el adjunto de planta.

OBJETIVOS GENERALES

El residente deberá adquirir progresivamente las competencias necesarias para el manejo integral del paciente quirúrgico hospitalizado.

Las actividades desarrolladas en hospitalización incluirán:

- Valoración clínica diaria.
- Seguimiento evolutivo.
- Solicitud e interpretación de pruebas complementarias.
- Prescripción terapéutica.
- Detección precoz de complicaciones.
- Elaboración de informes clínicos.
- Comunicación con pacientes y familiares.
- Coordinación multidisciplinar.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Durante la hospitalización el residente participará en:

VALORACIÓN CLÍNICA

- Anamnesis dirigida.
- Exploración física completa.
- Revisión de constantes y balance hídrico.
- Valoración de drenajes, ostomías y heridas quirúrgicas.
- Evaluación nutricional.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Evolución clínica diaria.
- Solicitud de pruebas complementarias.
- Interconsultas.
- Prescripción electrónica.
- Elaboración de informes.

COMUNICACIÓN CLÍNICA

- Información al paciente.
- Información a familiares.
- Coordinación con Enfermería.
- Coordinación con otros especialistas.

SITUACIONES DE COMUNICACIÓN OBLIGATORIA AL ESPECIALISTA

Deberá comunicarse inmediatamente al especialista responsable:

- Deterioro clínico significativo.
- Reintervención urgente.
- Ingreso en UCI.
- Shock séptico.
- Shock hemorrágico.
- Fracaso multiorgánico.
- Hemorragia postoperatoria.
- Dehiscencia anastomótica.
- Evento adverso grave.
- Éxito.
- Conflicto médico-legal.

NIVELES ORIENTATIVOS DE RESPONSABILIDAD

R1

- Responsabilidad III.
- Supervisión A.

R2-R3

- Responsabilidad II.
- Supervisión B.

R4-R5

- Responsabilidad I.
- Supervisión C.

Todas las altas hospitalarias deberán ser revisadas y validadas por un especialista.

AREA DE QUIRÓFANOS

Los quirófanos se localizan en la planta 2. El servicio de CGAD tiene asignados un total de 18 quirófanos semanales para efectuar cirugía programada, repartidos entre las jornadas de mañana y tarde. Así mismo, tiene acceso permanente al quirófano de urgencias para efectuar todo tipo de intervenciones quirúrgicas urgentes que se produzcan en cualquier momento del día. La actividad de quirófano se detalla a continuación:

- Quirófano cirugía programada (nº 11 y 8 de cirugía robótica, 4 y 2 para el resto de cirugías y 14 para baja complejidad (ubicación planta 2).
- Quirófano urgencias nº 1 (ubicación planta 2).
- Horario: 8:15 a 15:00 (jornada mañana) y 15:30-21:00 (jornada tarde)

Todos los días se realiza actividad quirúrgica de la especialidad en 2 quirófanos en jornada de mañana y 1 ó 2 de tarde, según la distribución establecida semanalmente.

PRINCIPIOS GENERALES

La formación quirúrgica se desarrollará de forma progresiva y basada en competencias.

La participación como cirujano principal dependerá de:

- Año de residencia.
- Experiencia acumulada.
- Complejidad del procedimiento.
- Valoración del tutor.
- Valoración del cirujano responsable.

La responsabilidad final del procedimiento corresponderá siempre al especialista responsable.

COMPETENCIAS OBLIGATORIAS

Preoperatorio

- Revisión de historia clínica.
- Verificación de indicación quirúrgica.
- Confirmación de lateralidad.
- Revisión de pruebas complementarias.
- Comprobación del consentimiento informado.
- Aplicación de checklist quirúrgico.

Intraoperatorio

- Técnica quirúrgica.
- Hemostasia.
- Manejo tisular.
- Prevención de complicaciones.
- Seguridad quirúrgica.

Postoperatorio

- Información a familiares.
- Elaboración de informe quirúrgico.
- Indicaciones postoperatorias.
- Seguimiento evolutivo.

PARTICIPACIÓN ORIENTATIVA POR AÑO DE RESIDENCIA

Procedimiento	R1	R2	R3	R4	R5
Grado I	Ayudante	Cirujano supervisado	Autónomo supervisado	Autónomo	Autónomo
Grado II	Ayudante	Cirujano supervisado	Cirujano principal supervisado	Autónomo supervisado	Autónomo
Grado III	Observador	Ayudante	Cirujano supervisado	Cirujano principal supervisado	Autónomo supervisado
Grado IV	Observador	Observador	Ayudante	Cirujano supervisado	Cirujano principal supervisado
Grado V	Observador	Observador	Observador	Ayudante	Cirujano supervisado

CONSULTA

Desde el inicio de la actividad asistencial se han desarrollado consultas y unidades monográficas por patologías. Cada día existen consultas externas generales (en turno de mañana y tarde), donde se valoran las patologías más prevalentes dentro de la especialidad. Además, existen las siguientes consultas externas monográficas:

- Cirugía Colorrectal: lunes, miércoles y viernes 8:30-14: 30.
- Incontinencia anal y patología del suelo pélvico: lunes, miércoles y viernes 8:30-14: 30
- Cirugía Endocrina: miércoles 8:30-14:30
- Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática: primer y tercer miércoles al mes 8:30-14:30 y ultimo miércoles del mes de tarde 15:30-20:30.
- Cirugía de la Obesidad: jueves 8:30-14:30 y primer miércoles del mes 15:30-20:30.
- Cirugía Esófago-Gástrica: primer y tercer martes y segundo y cuarto jueves al mes 8:30-14:30.
- Consultas Externas: Ubicación Planta 1.
- Locales: 54, 55, 56 y 57. La consulta número 56 corresponde a la Sala de Curas de Cirugía, conducida por una enfermera especializada en curas quirúrgicas y estomas, y siempre supervisada por los especialistas que se encuentran en las consultas adyacentes.

Existen 2 puestos de consulta diarios que cubren 2 miembros del Servicio en jornada de mañana y tarde. Cada consulta presenta dos tipos de agendas, una para pacientes nuevos y preferentes-oncológicos y otra que corresponde a consultas de revisión.

Los residentes atenderán tanto la consulta general como monográfica con un nivel de responsabilidad y supervisión acorde a su año residencia.

OBJETIVOS

Adquirir competencias para la valoración integral del paciente quirúrgico en régimen ambulatorio.

ACTIVIDADES

- Primera visita.
- Revisiones postoperatorias.
- Seguimiento de patologías quirúrgicas.
- Valoración preoperatoria.
- Indicación quirúrgica.
- Solicitud de estudios complementarios.
- Inclusión en lista de espera quirúrgica.
- Información clínica.
- Consentimiento informado.

SUPERVISIÓN

Residentes de primer año

Realizarán la actividad siempre con supervisión presencial directa. Todos los informes serán revisados por el especialista.

Residentes de segundo y tercer año

Podrán realizar consultas de forma progresivamente autónoma con supervisión presencial diferida.

Residentes de cuarto y quinto año

Podrán desarrollar consultas específicas con supervisión indirecta programada.

ACTOS QUE REQUIEREN VALIDACIÓN OBLIGATORIA DEL ESPECIALISTA

- Inclusión en lista de espera quirúrgica.
- Modificación de indicaciones quirúrgicas complejas.
- Comunicación de diagnósticos graves.
- Consentimientos de procedimientos mayores.
- Segunda opinión quirúrgica.

ACTIVIDAD DE GUARDIA

OBJETIVOS

Garantizar la adquisición progresiva de competencias en cirugía urgente y atención continuada.

ACTIVIDADES

- Valoración inicial del paciente urgente.
- Diagnóstico diferencial.
- Solicitud e interpretación de pruebas.
- Tratamiento inicial.
- Priorización quirúrgica.
- Coordinación con otros servicios.

SITUACIONES DE AVISO OBLIGATORIO AL ADJUNTO

Será obligatoria la comunicación inmediata ante:

Situaciones clínicas críticas

- Shock séptico.
- Shock hemorrágico.
- Politraumatizado grave.
- Isquemia intestinal.
- Síndrome compartimental abdominal.
- Hemorragia digestiva masiva.

Situaciones quirúrgicas

- Indicación de cirugía urgente.
- Reintervención urgente.
- Complicación postoperatoria grave.
- Necrosis intestinal.
- Peritonitis generalizada.

Situaciones organizativas

- Ingreso en UCI.
- Traslado urgente.
- Éxito.
- Alta voluntaria.
- Agresiones.
- Conflictos con pacientes o familiares.
- Incidentes con repercusión legal.

OTRAS ACTIVIDADES

La **Unidad de Reanimación** consta de 8 boxes con 6 camas/sillones cada uno destinados a pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica o que se encuentran en el periodo postoperatorio inmediato.

Además, existe un área de **Cirugía Mayor Ambulatoria** que consta de 2 boxes con 7 puestos de sillón/cama cada uno para atención pre y postquirúrgica.

La **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**. A esta unidad serán derivados, en el postoperatorio inmediato, aquellos pacientes que requieran un soporte ventilatorio o cuidados intensivos, a consecuencia de la gravedad de su estado o de la magnitud del acto quirúrgico realizado. La atención médica a ambas áreas por parte del residente será diaria en base a la presencia de pacientes propios de la especialidad o de otros que requieran la asistencia del cirujano general, y será supervisada por un médico adjunto en base a su año de formación.

La **urgencia** está localizada en la planta primera. La **sala de reuniones y cuarto de trabajo** se localizan en la 4ª planta Torre Plaza. Allí se realizan las sesiones del servicio y el pase de guardia diariamente.

4.3. NIVELES DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

La responsabilidad será progresiva pasando de una supervisión muy estrecha durante el primer año a una práctica autonomía durante el quinto año de residencia. La consecución de objetivos del residente se organizará siguiendo criterios de supervisión que describe el Real decreto de febrero 2008 (183/2008), estableciéndose tres niveles de supervisión que se describen a continuación:

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

Los niveles de supervisión del residente durante su periodo formativo son esenciales para su correcta formación, tienen un carácter individualizado y decreciente en vigilancia a medida que aumenta el nivel de responsabilidad y, por ende, el año formativo.

RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Supervisión

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

Objetivo Docente

- Saber identificar la patología grave que exige rápida actuación, así como la orientación clínica y la puesta en marcha de los recursos adecuados.
- Realizar la historia clínica y conseguir una buena valoración global del paciente: sistematización por órganos, identificación clara del motivo de consulta actual, reconocer los antecedentes familiares y personales, escribir correctamente los cursos clínicos y congresos.
- Exploración física: sistematizar por aparatos y sistemas.
- Analítica: importancia hemograma, bioquímica general (función renal y hepática) y analítica orina.
- Radiografía simple: lectura siguiendo un orden, proyecciones, signos fundamentales, patrones radiológicos e identificación de la patología según órgano a diagnosticar en función de la especialidad.
- TC: lectura siguiendo un orden, proyecciones, signos fundamentales, patrones radiológicos e identificación de la patología según órgano a diagnosticar en función de la especialidad.
- Iniciarse en pruebas diagnósticas invasivas según especialidad: biopsias, punciones venosas, arteriales, toracocentesis, paracentesis, lumbares y artrocentesis.
- Manejo inicial insuficiencia cardiaca, descompensaciones en pacientes respiratorios, descompensaciones en diabéticos.
- Identificar y saber orientar la insuficiencia renal.

- Manejo inicial de las técnicas quirúrgicas básicas acorde a su año de formación.

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Supervisión

Debe progresar en la práctica asistencial de la atención al paciente desde consultas externas y en urgencias, siguiendo en el desarrollo y habilidades de competencias expuestas en el apartado anterior con un mayor nivel de responsabilidad, aunque la práctica totalidad de las actuaciones estén tuteladas.

Objetivo Docente

- Anamnesis básica y exploración física deben estar adquiridas y deben consolidarse.
- Las técnicas diagnósticas y terapéuticas básicas deben consolidarse y aún deben estar supervisadas.
- Las actividades instrumentales, así como la firma de documentos deben estar supervisadas pero puede firmar un documento solo.
- Desarrollar las técnicas quirúrgicas propias de su año de formación.

RESIDENTES DE TERCER AÑO

Supervisión

Debe progresar en la práctica asistencial de la atención al paciente desde consultas externas y en urgencias, perfeccionando las habilidades adquiridas el año anterior, con menor nivel de supervisión.

Debe realizar actividades de coordinación de residentes de primer y segundo año, no implicando en ningún caso la supervisión de ellos, tarea que corresponde al tutor de la especialidad.

Prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente.

Objetivos Docentes

- Consolidación conceptos expuestos pudiendo realizar de forma autónoma la valoración de la gravedad del paciente y la mayoría de las habilidades expuestas en los apartados anteriores.
- Las técnicas propias de las especialidades quirúrgicas deben ampliarse en este año.

RESIDENTES DE CUARTO AÑO

Supervisión

Dominio de la práctica asistencial de forma prácticamente autónoma. Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa.

El residente **ejecuta y, posteriormente, informa.**

Deber realizar un papel importante en la coordinación de los residentes de primer, segundo y tercer año, no implicando en ningún caso la supervisión de ellos, tarea que corresponde al tutor de la especialidad.

Casi ninguna actividad estará tutelada directamente.

Objetivos Docentes

- Manejo de la práctica totalidad de la atención al paciente desde consultas externas y en urgencias incluyendo la valoración de la gravedad, anamnesis y exploración física completa, indicación e interpretación de pruebas complementarias, e indicación y realización de una terapéutica específica.
- Las técnicas propias de las especialidades quirúrgicas deben ampliarse en este año hasta ser capaz de realizar el 70 % de ellas.

RESIDENTES DE QUINTO AÑO

Supervisión.

Dominio de la práctica asistencial de forma prácticamente autónoma. Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa.

Deber realizar un papel importante en la coordinación de los residentes, no implicando en ningún caso la supervisión de ellos, tarea que corresponde al tutor de la especialidad.

Casi ninguna actividad estará tutelada directamente.

Objetivos Docentes

- Manejo de la totalidad de la atención al paciente incluyendo la valoración de la gravedad, anamnesis y exploración física completa, indicación e interpretación de pruebas complementarias, e indicación y

realización de una terapéutica específica.

- Las técnicas propias de las especialidades quirúrgicas deben realizarse en su totalidad en este año.

4.4. TAREAS Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN DEL MEDICO RESIDENTE POR AREAS DE TRABAJO

La responsabilidad del médico residente debe ir aumentando según va avanzando en su periodo de formación.

4.4.1. Hospitalización

El pase de visita a los pacientes ingresados se realizará totalmente supervisado durante el primer año por parte del adjunto asignado, participando en la toma de decisiones. A partir del segundo año, y de manera progresiva el residente realizará tareas tutorizadas, con supervisión progresiva y a demanda. Para realizar cualquier tipo de alta hospitalaria, será precisa la firma de conformidad del especialista responsable en ese momento del pase de visita. Su responsabilidad irá aumentando progresivamente, siendo en su último año de formación el máximo responsable en la toma de decisiones. 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, el adjunto pasará visita con el residente de último año.

Para lograr los objetivos expuestos previamente, durante la visita médica, diaria, el residente desarrollará las siguientes tareas:

- Interrogación y exploración del paciente y su entorno (heridas, estomas, accesos vasculares, sondas, etc.).
- Intercambio de información clínica con enfermería para favorecer el seguimiento y detectar precozmente cualquier complicación postoperatoria.
- Solicitud de exploraciones complementarias o interconsultas a otras especialidades.
- Anotación de la evolución clínica.
- Cumplimentación de las órdenes de tratamiento en formato electrónico (prescripción electrónica-Casiopea)
- Facilitar información al paciente y familiares de curso evolutivo y al alta.
- Elaboración de informes de alta.

Niveles de Responsabilidad y Supervisión:

- Residente de 1^{er} año: Grado de supervisión nivel 3
- Residente de 2^o y 3^{er} año Grado de supervisión nivel 2
- Residentes de 4^o y 5^o año: Supervisión a demanda por el adjunto responsable (Grado de supervisión nivel 1)

4.4.2. Consultas Externas

Durante los primeros 2 años, el residente estará siempre sujeto a supervisión directa de un especialista realizando la historia clínica completa, exploración física y planificación diagnóstica y terapéutica de forma conjunta con el adjunto responsable que visará todos los informes que realice. El adjunto supervisará de forma directa al residente durante este periodo, y progresivamente irá supervisándolo a demanda. Posteriormente, el residente podrá atender una consulta sin necesidad presencial de un especialista, aunque éste sí debe estar disponible para eventuales dudas en la toma de decisiones. Es aconsejable revisar periódicamente dicha consulta y los pacientes en seguimiento por residente y adjunto de forma conjunta.

Los residentes atenderán las consultas realizando las siguientes tareas para cumplir los objetivos antes detallados:

- Desarrollo completo de la historia clínica completa.

- Exploración física detallada.
- Emitir un juicio diagnóstico. Solicitar las exploraciones complementarias oportunas y elaborar posibles propuestas terapéuticas.
- Solicitar el estudio preoperatorio y la valoración pre anestésica.
- Incluir en lista de espera quirúrgica y explicar el consentimiento informado específico para la intervención propuesta.
- Facilitar toda la información necesaria del proceso quirúrgico al paciente y acompañantes.
- Participar en las curas de pacientes remitidos a la sala de Enfermería.

Niveles de Responsabilidad-Supervisión:

- Residente de 1^{er} año: Grado de supervisión nivel 1
- Residente de 2^o y 3^{er} año: Grado de supervisión nivel 2
- Residentes de 4^o y 5^o año: Grado de supervisión nivel 3

7.3 Quirófano

Durante el primer año, su labor consistirá en actuar como primer o segundo ayudante de los diferentes procedimientos. Posteriormente irá adoptando progresivamente mayor responsabilidad, pasando a ser cirujano principal de ciertos procedimientos, en función de su año de formación y sus habilidades, siempre bajo la indicación y tutela del Tutor o del especialista responsable en quirófano. Incluso en el último año de residencia, será necesaria la supervisión directa de un especialista para cualquier procedimiento quirúrgico que vaya a realizar un residente.

El residente de cirugía deberá realizar las siguientes tareas para lograr los objetivos anteriormente descritos:

- Cumplimentar el listado de verificación pre quirúrgico (Check-list).
- Revisar el historial clínico y pruebas complementarias preoperatorias.
- Supervisar y confirmar la administración de medicación y profilaxis antibiótica preoperatoria.
- Confirmación de alergias y otras patologías.
- Confirmación del diagnóstico y comprobación de lateralidad del procedimiento y marcaje si procede.
- Asegurar las necesidades de reserva de hemoderivados y del material protésico, instrumental, equipamiento o técnicas adicionales necesarias para la intervención (monitorización nerviosa, ecografía intraoperatoria, etc.).
- Facilitar a los familiares la información post-cirugía y supervisar el traslado adecuado del paciente a reanimación o a la unidad de cuidados intensivos.

Niveles de supervisión Intervenciones Quirúrgica como cirujano: (ver tablas en anexos)

- Residente de 1^{er} año: Grado de supervisión nivel 3
- Residente de 2^o año: Grado de supervisión nivel 2
- Residente de 3^{er} año: Grado de supervisión 1-2
- Residente de 4^o: Grado de supervisión nivel 1
- Residente de 5^o año: Grado de supervisión nivel 1

5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

Los facultativos deben ejercer las siguientes funciones:

1. 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.
2. 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. Sin embargo, la supervisión debe ser siempre directa en quirófano, independientemente del año de formación y de las habilidades mostradas por el residente. 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.
 3. El facultativo evaluará el grado de complejidad de las diferentes intervenciones quirúrgicas con objeto de facilitar al residente la adquisición de los conocimientos y destreza y habilidades técnicas en base a su año de formación (Anexo 3)

5.1. ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS

- **Hospitalización:** Para realizar cualquier tipo de alta hospitalaria, será precisa la firma de conformidad del especialista responsable en ese momento del pase de visita.
Cuando se plantee un alta, surja una complicación que conlleve una reintervención, el traslado a la Unidad de Críticos de un paciente o se haya producido un éxitus o surja un conflicto con pacientes, familiares u otros especialistas, ha de ser supervisado por el cirujano adjunto responsable de ese día de planta (Grado de supervisión III) o adjuntos de guardia en su defecto con independencia del año de Residencia.
- **Consulta:** La inclusión en lista de espera quirúrgica, ha de ser supervisado y firmada por el cirujano adjunto responsable de esa agenda (Grado de supervisión III) con independencia del año de residencia.
- **Guardia:** Los residentes serán supervisados por los facultativos de guardia. Residente y especialista dispondrán de sendos buscapersonas para estar en permanente contacto en todo momento en la guardia. Para realizar cualquier tipo de alta hospitalaria o de urgencias, será precisa la firma de conformidad del especialista responsable.
Con independencia del año de experiencia del residente, es recomendable (obligatorio el primer año) avisar al adjunto responsable en todas las situaciones que durante la actividad asistencial de guardia y, eventualmente, en otros ámbitos de trabajo, pueden conllevar la necesidad de llamar al Jefe de Hospital, en las que se produzcan conflictos con familiares o pacientes, con repercusión legal, agresiones, necesidad de solicitud de autopsia, alta voluntaria, los pacientes graves que requieran intervención quirúrgica, ingreso en UCI o traslado a otro centro no programado.
Mediante el programa informático disponible en nuestro centro (Casiopea), el especialista puede realizar una evaluación y supervisión indirecta de la actividad del residente en cada momento.

6. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL TUTOR DE RESIDENTES

- Recepción y bienvenida a los residentes cuando inician la residencia junto con el jefe de servicio; información general del servicio, entrega del plan de formación y de las rotaciones individuales a cada residente.
- Organización del plan de rotaciones cumpliendo las directrices del plan de formación del ministerio y adecuándolo al número de residentes y a las características de nuestro servicio.
- Redacción del Plan de Formación de Cirugía General y Digestivo adecuado para nuestro hospital siguiendo las directrices del plan de formación del ministerio y las recomendaciones de la comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Así mismo, los tutores son responsables de la actualización periódica del plan.

- Supervisión de las evaluaciones de las rotaciones de los residentes y de la memoria anual del residente, antes de que sea evaluada por la Comisión de Docencia. Los tutores avalan que la información recogida en las mismas es correcta.
- Supervisión de las sesiones clínicas que organizan los residentes.
- Supervisión de la distribución de las guardias que hacen los residentes.
- Reuniones de tutoría bimensuales con el colectivo de los residentes; duración media de 30 minutos. En ellas se tratan en grupo temas referentes a la formación.
- Sesiones de tutorización individual, de duración aproximada de 20 minutos, con frecuencia deseable trimestral. En ellas se tratan de forma individual aspectos relacionados con la formación.
- Estar a la disposición de los residentes para intentar solucionar cualquier problema concreto que surja en relación con su formación y servir de nexo con el colectivo de facultativos, así como con el jefe de servicio cuando se precise.

7. 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:

- Pacientes en situación de conflicto o reclamación.
- Pacientes que solicitan segunda opinión
- Solicitud de exitus judicial.
- Traslado a otro centro hospitalario.
- Si es necesario informar a las autoridades.

ANEXOS:

Niveles de supervisión generales y actuación en Urgencias

Habilidad / Competencia	R1	R2	R3	R4-R5
Presentación al paciente y familiares e información clínica básica	2	1	1	1
Comunicación de malas noticias	3	2	1	1
Elaboración de la historia clínica, orientación diagnóstica y valoración inicial de gravedad	2	1	1	1
Evaluación del estado mental del paciente	3	2	1	1
Exploración física general y específica según la orientación clínica	2	1	1	1
Utilización racional e interpretación de pruebas complementarias	2	1	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	2	1	1	1
Solicitud de interconsultas a otras especialidades	3	2	1	1
Realización de técnicas invasivas diagnósticas y terapéuticas (sondajes, paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis, accesos venosos y arteriales)	3	2	1	1
Monitorización y manejo inicial del paciente grave	2	1	1	1
Utilización de los principales fármacos en Urgencias	3	2	1	1
Valoración inicial del paciente politraumatizado	3	2	1	1
Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y soporte ventilatorio no invasivo	3	2	1	1
Decisión del destino del paciente (alta, ingreso convencional o ingreso en unidades especiales: UCI, UCIR, UCC, etc.)	3	2	1	1

Niveles de supervisión específicos de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Habilidad / Competencia	R1	R2	R3	R4-R5
Historia clínica, valoración global del paciente quirúrgico e identificación de problemas	3	1	1	1
Exploración física orientada del paciente quirúrgico	2	1	1	1
Exposición oral de la historia clínica	3	1	1	1
Pase de guardia y resumen de pacientes	2	1	1	1
Utilización e interpretación de pruebas complementarias	3	2	1	1
Solicitud de pruebas especiales e interconsultas	3	2	1	1
Comunicación de la evolución al paciente y familiares	3	2	1	1
Comunicación a Enfermería del plan terapéutico	2	1	1	1
Redacción de hoja operatoria	3	1	1	1
Prescripción de tratamiento postoperatorio	3	1	1	1
Uso racional de antibióticos y anticoagulantes	3	2	1	1
Indicación y control de nutrición parenteral	3	2	1	1
Manejo de la evolución postoperatoria	3	2	1	1
Anotaciones evolutivas en historia clínica	2	1	1	1
Protocolos de preparación preoperatoria	3	1	1	1
Catéter venoso periférico	3	1	1	1
Catéter venoso central	3	2	1	1
Drenaje torácico	3	3	2	1
Toracocentesis	3	2	2	1
Infiltración de anestesia local	2	1	1	1
Técnicas asépticas y antisépticas en quirófano	2	1	1	1
Sutura de heridas superficiales	3	1	1	1
Desbridamiento de heridas infectadas	3	2	1	1
Drenaje de abscesos de partes blandas	3	1	1	1
Drenaje de absceso perianal	3	2	2	1
Indicación de vía de abordaje abierta/laparoscópica	3	2	1	1
Preparación del campo operatorio	3	1	1	1
Apertura y cierre de pared abdominal	3	2	1	1
Exposición del campo quirúrgico	3	2	1	1
Colocación de drenajes y VAC	3	2	1	1
Apendicectomía	3	2	1	1
Hernias incarceradas	3	2	1	1
Colecistitis	3	2	2	1
Obstrucción intestinal	3	2	2	1
Evisceraciones	3	2	1	1
Perforaciones intestinales	3	3	2	1

Habilidad / Competencia	R1	R2	R3	R4-R5
Isquemia intestinal y resección segmentaria	3	3	2	1
Sutura de perforación gastroduodenal	3	2	2	1
Exéresis de lesiones cutáneas/subcutáneas	3	1	1	1
Biopsias (arteria temporal, nervio sural, muscular, ganglionar)	3	2	1	1
Amputación menor	3	2	2	1
Hernioplastias	3	2	1	1
Eventroplastias	3	2	2	1
Colocación de bandas hemorroidales	3	2	1	1
Hemorroidectomías	3	2	2	1
Tratamiento de fisura anal	3	2	1	1
Tratamiento de fístula anal	3	2	2	1
Laparoscopia exploradora	3	2	2	1
Colecistectomía laparoscópica reglada	3	2	1	1
Fabricación de estomas	3	2	2	1
Colocación y manejo de sondas de nutrición enteral	3	2	1	1
Control y retirada de drenajes	3	2	1	1
Reintroducción de tolerancia oral	3	2	1	1
Diagnóstico de desviaciones de la evolución postoperatoria	3	2	1	1
Preparación de sesiones clínicas	3	1	1	1
Participación en comités de tumores	3	1	1	1
Indicación y comunicación del alta	3	2	1	1
Informe de alta hospitalaria	3	1	1	1
Valoración del paciente en consulta externa	3	2	2	1
Inclusión en lista de espera quirúrgica	3	2	2	1
Elaboración de informe de consulta externa	3	1	1	1

Procedimientos quirúrgicos complejos

Procedimiento	R1	R2	R3	R4-R5
Tiroidectomías y paratiroidectomías	3	3	2	1-2
Cirugía mamaria oncológica	3	3	2	2
Cirugía hepática	3	3	2-3	2
Cirugía pancreática (Whipple, pancreatectomías)	3	3	3	2
Cirugía de vía biliar compleja	3	3	3	2
Cirugía colorrectal compleja	3	3	2-3	2
HIPEC y citoreducción peritoneal	3	3	3	2
Gastrectomías oncológicas	3	3	3	2
Esofagectomía	3	3	3	2
Cirugía bariátrica	3	3	2	1

Procedimiento	R1	R2	R3	R4-R5
Trasplante hepático y pancreático	3	3	3	2
Cirugía robótica (First Assistant)	-	3	2	1

Baremo orientativo para la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Grado 1. Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario. Exéresis de hidroadenitis axilar o inguinal.

Grado 2. Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Fistulectomía/fistulotomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Hernioplastia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía laparoscópica. Colectomía laparoscópica. Gastroyeyunostomía. Píloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Mastectomía.

Grado 3. Funduplicatura. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Paratiroidectomía.

Grado 4. Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Sigmoidectomía. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial/total sin linfadenectomía. Tiroidectomía total. Miotomía de Heller. Adrenalectomía. Resección hepática menor.

Grado 5. Esofagectomía. Gastrectomía total con linfadenectomía. Resección anterior baja de recto. Amputación abdomino-perineal. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Trasplante hepático. Trasplante de páncreas.