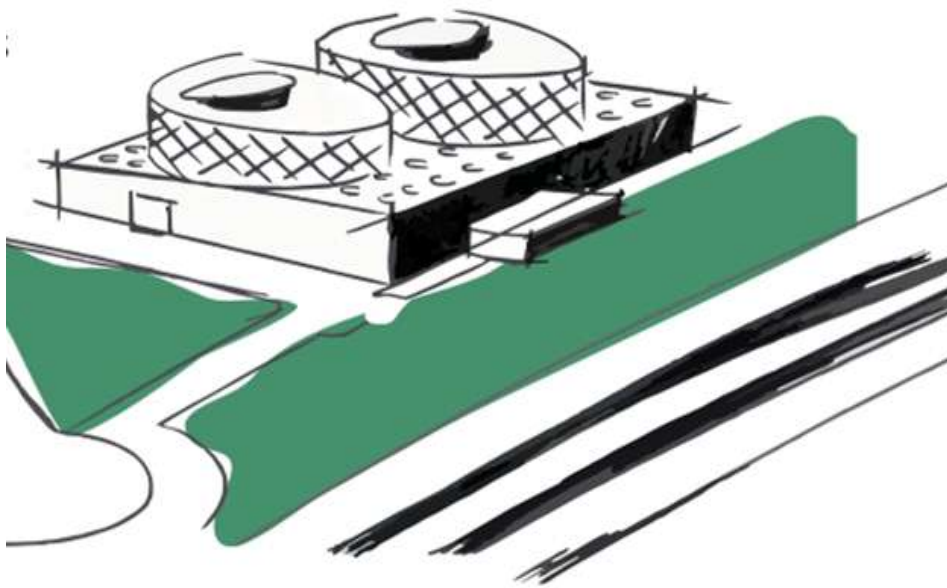


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARTO DIGESTIVO



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

INDICE

1.INTRODUCCIÓN	2
2. NORMATIVA APLICABLE	2
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION.....	3
4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	4
4.1. Definición de los niveles de Supervisión	4
4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.....	5
4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa	5
4.4. Asistencia a pacientes en el quirófano.....	6
4.5. Asistencia a pacientes en guardias.	7
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	12
6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO	12
7. ANEXOS.....	14
1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Hospitalización según el año formativo.	14
2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Consultas Externas según el año formativo.	15
3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Quirófanos según el año formativo.....	15
4. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Urgencias según el año formativo.....	17

1. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) tiene desde su comienzo como objetivo principal el impartir una docencia de calidad a los 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 ellos se ha intentado formalizar todas las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

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 los aspectos relativos al **grado de supervisión** de los futuros especialistas y asumiendo que el residente irá adquiriendo una responsabilidad progresiva 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, 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.

El mencionado Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención a los relativos a áreas asistenciales significativas. Es por ello que desde la Comisión de Docencia se ha propuesto introducir como objetivo docente, tanto para los tutores como para la propia Comisión, la realización de unos protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

2. NORMATIVA APLICABLE

El presente protocolo de supervisión se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del conjunto de dispositivos del HURJC a la siguiente normativa:

- **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, contempla en su artículo 15 (punto primero), que el sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (de ordenación de las profesiones sanitarias) implica la “*asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad 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*”.
- **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.
- **Orden SSI/81/2017, de 19 de enero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- **Resolución de 21 de marzo de 2018**, corregida **el 3 de julio de 2018**, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION

La supervisión de los residentes de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008. Dichos principios generales se resumen en los siguientes:

1. En primer lugar, el Real Decreto en su Capítulo V, artículo 14 reconoce **el deber general de supervisión** como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
2. **La responsabilidad del residente deberá ser progresiva:** “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”.
3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.
4. **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 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.**

5. **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, 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 el dispositivo en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El **objetivo** de la formación médica especializada es el de dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (LOPS, artículo 15.2). El especialista en formación debe adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando (RD 183/2008, artículo 1).

4.1. Definición de los niveles de Supervisión

En la tabla I aparecen recogidos los 3 niveles de supervisión (de menor a mayor supervisión), así como las actividades a realizar por el médico residente, que será de aplicación y obligado cumplimiento para los conocimientos y habilidades a adquirir durante su periodo formativo en la atención continuada.

Tabla I. Niveles de supervisión establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del HURJC.

Nivel de Supervisión	Valoración
Nivel 1: Nivel de menor supervisión (N1)	Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y posteriormente, informa.
Nivel 2: Nivel de supervisión intermedia (N2)	Actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable
Nivel 3: Nivel de mayor Supervisión (N3)	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

4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización

Diariamente dos facultativos con el residente se encargan de la atención de los pacientes ingresados en la planta de CGAD: aquellos ingresados con patología aguda desde la urgencia y los que están en fase de convalecencia tras ser sometidos a cirugía programada o urgente.

Las interconsultas diarias que surgen entre los distintos servicios del hospital también serán contestadas en el día por el residente supervisado por el adjunto de planta.

La misión del residente en esta área será la realización de la visita médica, exploración física, seguimiento evolutivo, curas, establecimiento de una estrategia de estudio (solicitud de pruebas complementarias pertinentes e interconsultas a otros especialistas), así como de un plan terapéutico. Realizará los comentarios clínicos en la historia clínica electrónica, informará a familiares y elaborará, cuando esté capacitado para ello, el informe de alta. Todo esto se realizará con la adecuada supervisión del médico de plantilla según se especifica a continuación.

Durante el primer año el residente realizará su labor asistencial a pacientes ingresados en el área de hospitalización bajo el mayor nivel de supervisión (N3) y siempre acompañado de su tutor o colaborador docente.

Durante el segundo y tercer año el residente realizará su labor asistencial a pacientes ingresados en el área de hospitalización con un nivel de supervisión N2.

Durante el cuarto y quinto años el residente realizará su labor asistencial a pacientes ingresados en el área de hospitalización con un nivel de supervisión N1.

4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa

El residente dedicará un periodo de su formación a la atención en consulta externa, atendiendo a enfermos nuevos y revisiones. Su consulta será la correspondiente al médico de plantilla al que esté adscrito, bajo la supervisión del mismo, lo que le permitirá rotar por todas las consultas generales y monográficas existentes en la especialidad de CGAD. Las actividades que deberá realizar derivarán directamente de la entrevista personal con el paciente y se recogerán en la historia clínica incluyendo el interrogatorio clínico, examen físico, formalización de la historia clínica, plan de actuación y si la actividad implica el desarrollo quirúrgico del proceso, solicitará el estudio preoperatorio incluyendo la consulta preanestésica e inclusión en lista de espera. Cumplimentará el documento del consentimiento específico y será explicado detenidamente al paciente que a continuación lo formalizará por escrito. La inclusión en lista de espera quirúrgica ha de ser supervisada y firmada por el cirujano general adjunto responsable de esa agenda con independencia del año de residencia. En su caso, realizará informe de alta en consulta externa.

La asistencia a consultas externas será supervisada y compartida con un médico adjunto del servicio hasta el tercer año de residencia. Es a partir de ese año cuando el residente estará encargado de atender una consulta de forma individual pero supervisado en caso de necesidad, por un miembro del servicio.

Durante el primer año el residente realizará su labor asistencial en consultas externas bajo el mayor nivel de supervisión (N3) y siempre acompañado de su tutor o colaborador docente.

Durante el segundo y tercer año el residente realizará su labor asistencial en consultas externas con un nivel de supervisión N2.

Durante el cuarto y quinto años el residente realizará su labor asistencial en consultas externas con un nivel de supervisión N1. En el último periodo de residencia podrá tener, una consulta 'monográfica' del residente, supervisada por el tutor de residentes, donde verá, al menos un día a la semana pacientes con supervisión a demanda. La necesidad de dar continuidad al seguimiento de estos pacientes determinará la estructura de esta consulta que estará asignada a los facultativos a los que esté asignado el residente en los últimos años.

4.4. Asistencia a pacientes en el quirófano

El residente participará de forma activa en las intervenciones urgentes cuando esté de guardia y en la programación quirúrgica del servicio con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Dicha responsabilidad será evaluada por el Tutor y Jefe de Servicio y siempre será supervisado por un cirujano de plantilla. El residente asumirá las funciones de cirujano o ayudante en base a la experiencia acumulada en función del año de residencia y a las directrices marcadas por el Tutor y Jefe de Servicio. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatómo-patológicos o de otro tipo y la información a familiares.

Durante el primer año, actuará como primer o segundo ayudante de los diferentes procedimientos. Posteriormente irá desarrollando progresivamente una mayor independencia, 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 el quirófano. En el último año de residencia, en determinados procedimientos considerados menores muy específicos (algunos procedimientos de complejidad Grado 1, ver punto 7. Anexos) y valorados por su Tutor o adjunto correspondiente, el residente podrá tener un nivel menor de supervisión (N1), pero en el resto de los procedimientos, la supervisión se ejercerá directamente por el

especialista correspondiente (N2).

Durante los cinco años de periodo formativo el residente realizará su labor asistencial en el quirófano con un nivel de supervisión N2 con la salvedad descrita previamente para el residente de quinto año.

4.5. Asistencia a pacientes en guardias.

El servicio de Urgencias del HURJC ofrece continuidad asistencial, con una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en la que intervienen múltiples profesionales, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el paciente. El fin último es atender a cualquier ciudadano que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia.

Hay dos médicos adjuntos de guardia de CGAD que poseen un busca de localización (número: 50039 ó 50106) para facilitar su accesibilidad, tanto a otros facultativos como a residentes, en todo momento.

La localización del médico residente de primer año será en el Área de Urgencias, realizando 4-5 guardias mensuales en el área quirúrgica y siendo supervisado por el especialista correspondiente. En caso de intervenciones quirúrgicas urgentes, el residente podrá abandonar su puesto en la unidad de urgencias para acudir a quirófano, previa notificación y autorización del facultativo responsable del área en el que esté ubicado, y volviendo a su puesto lo antes posible.

El residente, a partir del segundo año, se incorporará al equipo de guardia de CGAD de forma habitual desde el inicio de la guardia. Dispondrá de un teléfono de localización permanente durante todo el periodo de la guardia para su fácil localización. Los cirujanos de plantilla y de guardia supervisarán la actividad del residente en todo momento. La actividad del residente durante su período de guardia será atender a todos los pacientes urgentes tanto en el ámbito de urgencias como de hospitalización, que precisen de una valoración y/o tratamiento por parte de CGAD. La valoración inicial de dicho paciente será realizada por el residente y será el mismo el que solicite la asistencia al equipo de facultativos de CGAD de guardia. De igual modo atenderán la planta de hospitalización de CGAD en caso de necesidad.

4.5.1. Residente de primer año

El residente realizará guardias de CGAD durante todo el año, incluyendo el mes de rotación en Atención Primaria, excepto en los tres meses de rotación en Cuidados Intensivos, que realizará las guardias a cargo de dicho servicio.

Objetivo principal.

Iniciarse en la práctica asistencial de carácter urgente. Deben adquirirse los conocimientos para poder identificar la patología grave, que requiere una respuesta

inmediata, así como la orientación clínica y la puesta en marcha de los recursos más adecuados. En su actuación en la Unidad de Urgencias el médico residente complementa las habilidades y competencias conseguidas en las diferentes rotaciones clínicas, relacionadas con la realización de anamnesis y exploración física, utilización racional e interpretación de las exploraciones complementarias, y en la práctica de las técnicas diagnósticas más habituales. De forma progresiva debe desarrollar competencias y habilidades en el trato con el paciente, con los familiares y con los compañeros (especialistas, residentes y personal de enfermería).

Habilidades fundamentales a adquirir.

- Saber presentarse e informar al paciente y a sus familiares.
- Revisar las historias de los pacientes para leer la información que consta en ellas.
- Historiar al paciente: antecedentes patológicos, anamnesis, exploración física.
- Establecer un diagnóstico diferencial y diagnóstico más probable.
- Decidir las exploraciones complementarias a practicar al paciente y comentarlas con el médico adjunto.
- Conocer los protocolos de preparación preoperatoria.
- Solicitar pruebas complementarias necesarias e interconsultas a otras especialidades.
- Indicar el tratamiento médico o quirúrgico adecuado bajo supervisión del médico adjunto.
- Realización de una técnica adecuada de anestesia local.
- Realización de curas locales, sondaje vesical y nasogástrico, canalización de vías centrales y periféricas, drenajes de abscesos, cambio de dispositivos de presión negativa (VAC).
- Manejo adecuado de drenajes, heridas operatorias y sus complicaciones.
- Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano.
- Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según protocolos del centro.
- Preparación del campo operatorio.
- Extracción de drenajes postoperatorios.
- Asistir en el quirófano de Urgencias, como primer ayudante, en cirugías menores y como segundo ayudante, si así se requiere, en cirugías urgentes mayores.
- Indicar el destino del paciente (alta, ingreso, traslado, observación) bajo supervisión del médico adjunto.
- Redacción del protocolo quirúrgico
- Redacción de informes de alta hospitalaria.

- Durante la rotación en Cuidados Intensivos desarrollará todos los conocimientos y habilidades descritos en el correspondiente apartado.

Ubicación del residente de primer año.

La localización del médico residente de CGAD de primer año será en el Área de Urgencias, realizando 4-5 guardias mensuales en el área quirúrgica y siendo supervisado por el especialista correspondiente. En caso de intervenciones quirúrgicas urgentes, el residente podrá abandonar su puesto en la unidad de urgencias para acudir a quirófano, previa notificación al facultativo responsable del área en el que esté ubicado, y volviendo a su puesto lo antes posible.

Durante los 3 meses de rotación en el servicio de Cuidados Intensivos, el residente de CGAD hará 4-5 guardias exclusivamente en dicho servicio, bajo la supervisión directa y continua de los dos facultativos intensivistas de guardia que disponen de un busca de localización (números: 50047 ó 51047).

Supervisión del residente de primer año.

Durante el primer año el residente realizará su labor de continuidad asistencial en Urgencias bajo el mayor nivel de supervisión (N3), siempre de presencia física por el médico adjunto responsable. Como establece el RD 183/2008 el médico residente de primer año no podrá firmar sólo documentos de altas, bajas y otros importantes sin la firma del médico facultativo responsable de su supervisión. Para ello se visarán por parte del facultativo responsable, según lo permite la estación clínica electrónica Casiopea, los documentos de alta siguiendo las indicaciones de elaboración y validación de informes que permite dicha aplicación.

4.5.2 Residente de segundo año

El residente realizará guardias de CGAD durante todo el año.

Objetivo principal.

Progresar en la práctica asistencial de carácter urgente. Debe continuar desarrollando las habilidades y competencias expuestas en el apartado del residente de primer año, de forma cada vez más autónoma, aunque la práctica totalidad de las actuaciones esté tutelada.

Ubicación del residente de segundo año.

El residente, a partir del segundo año, se incorporará al equipo de guardia de CGAD (dos cirujanos generales de presencia física) de forma habitual desde el inicio de la guardia. Realizará 4-5 guardias mensuales siendo supervisado por el especialista correspondiente.

Supervisión del residente de segundo año.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo.

Durante el segundo año el residente realizará su labor asistencial de continuidad asistencial en Urgencias con un nivel de supervisión N2.

4.5.3. Residente de tercer año

A lo largo del tercer año, el residente realizará 10 guardias de presencia física en el servicio de Traumatología y el resto serán guardias de CGAD incluyendo los periodos de rotación en Urología y Cirugía Torácica. Dichos servicios, en nuestro hospital, tienen guardias no presenciales (localizadas). Durante los periodos de rotación en esos servicios, el residente será avisado desde Urgencias para la valoración clínica de pacientes con patología urgente de esas especialidades y será autorizado para ayudar en todas las intervenciones urgentes que hubiera, cuando el residente esté de guardia de CGAD.

Objetivo principal.

Consolidar los objetivos expuestos previamente, pudiendo alcanzar de forma autónoma la valoración de gravedad del paciente realizando un diagnóstico diferencial básico e indicando y valorando exploraciones complementarias básicas, realizando cirugías de baja complejidad, proporcionando información a pacientes y familiares y pudiendo tomar decisiones respecto al destino del paciente, ya sea alta o ingreso.

Los objetivos formativos de las rotaciones de Urología, Cirugía Torácica y Traumatología están especificados en los apartados correspondientes.

Ubicación del residente de tercer año.

La ubicación del residente de tercer año será con el equipo de Guardia de CGAD o de Traumatología durante las 10 guardias que tiene que realizar en dicho servicio. En caso de haber alguna intervención quirúrgica urgente de otras especialidades quirúrgicas sin guardias de presencia en el hospital, el residente podrá acudir a quirófano como ayudante de los correspondientes especialistas.

Supervisión del residente de tercer año.

Durante tercer año el residente realizará su labor asistencial de continuidad asistencial en Urgencias de forma progresiva, con un nivel de supervisión N2, incluida la actividad en el quirófano.

4.5.4. Residente de cuarto año

El residente de cuarto año realizará 4-5 guardias mensuales de CGAD. A lo largo de este año, el residente realizará 10 guardias localizadas de Neurocirugía. Los servicios de Cirugía Vasculr, Cirugía Plástica y Cirugía Pediátrica no tiene guardias de presencia física en nuestro hospital, por lo que, cuando el residente se encuentre rotando en dichos servicios y esté de guardia de CGAD, será avisado desde Urgencias para la valoración clínica de pacientes con patología urgente de esas especialidades y será

autorizado para ayudar en todas las intervenciones urgentes que hubiera de dichas especialidades.

Objetivo principal:

Adquisición del dominio en la práctica asistencial urgente de forma prácticamente autónoma, pudiendo realizar adecuadamente la valoración de gravedad del paciente, la anamnesis y exploraciones completas, la indicación de exploraciones complementarias y la indicación terapéutica específica, así como intervenciones en orden creciente de complejidad.

Ubicación del residente de cuarto año.

La ubicación del residente de tercer año será con el equipo de Guardia de CGAD. En caso de haber alguna intervención quirúrgica urgente de otras especialidades quirúrgicas sin guardias de presencia en el hospital, el residente podrá acudir a quirófano como ayudante de los correspondientes especialistas.

Supervisión del residente de cuarto año.

Durante el cuarto año el residente realizará su labor de continuidad asistencial en Urgencias con un nivel de supervisión N1. El nivel de supervisión de su actividad en el quirófano será N2.

4.5.5. Residente de quinto año

El residente de quinto año realizará 4-5 guardias mensuales, todas de CGAD. Durante su periodo de rotación en una unidad docente externa de Trasplante de órganos abdominales, realizará las guardias localizadas que le sean asignadas para su máximo provecho. En ese tiempo también realizará las correspondientes guardias de presencia física en el servicio de CGAD.

Objetivo principal:

Adquisición del dominio en la práctica asistencial urgente de forma prácticamente autónoma, así como en intervenciones progresivamente más complejas, especialmente en las áreas de Cirugía hepatobiliopancreática, colorrectal, esófago-gástrica y laparoscopia avanzada.

Ubicación del residente de quinto año.

La ubicación del residente de quinto año será con el equipo de Guardia de CGAD. Durante su periodo de rotación en una unidad de Trasplante de órganos abdominales, realizará las guardias localizadas que le sean asignadas.

Supervisión del residente de quinto año.

Durante el quinto año el residente realizará su labor de continuidad asistencial en Urgencias con un nivel de supervisión N1. El nivel de supervisión de su actividad en el quirófano será N2, excepto para determinados procedimientos considerados menores

por el Tutor o médico adjunto correspondiente, donde el nivel de supervisión será menor.

5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

Los **facultativos** deben ejercer las siguientes funciones:

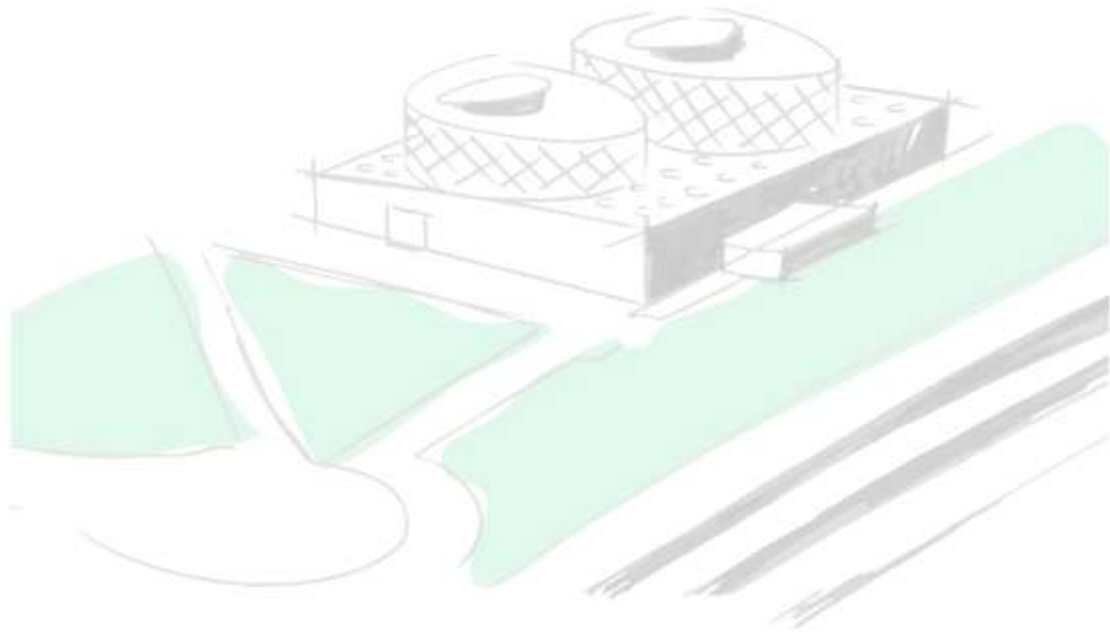
- Durante los primeros años de formación del residente, el facultativo debe orientar al residente en los casos a seguir en su formación, así como indicarle las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento, basadas en su mayor conocimiento y experiencia. En los últimos años de formación, la labor 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.
- 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. 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.

6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO

El residente de CGAD estará siempre supervisado a lo largo de todo su periodo formativo en las siguientes situaciones especiales:

- En todas las intervenciones quirúrgicas que realice de forma electiva o urgente.
- En la información a familiares en situaciones de gravedad o fallecimiento.
- Información a autoridades judiciales o pacientes que requieren la intervención del Jefe de Hospital.
- Exploración física de pacientes que han sido sometidos a abusos o agresiones sexuales.
- Solicitud de consentimiento informado para estudios que hayan precisado autorización previa por el Comité de Bioética.
- En situaciones en las que exista un evidente deterioro de la relación médico-paciente, pacientes en situación de conflicto o reclamación.
- Pacientes que solicitan segunda opinión.
- Pacientes que por situación clínica son de riesgo para realizar técnicas intervencionistas.

- Cuestiones éticas que afecten al paciente o la familia del paciente de forma directa o indirecta.
- Decisión sobre la necesidad de traslado de pacientes a otro hospital, o admisión de pacientes desde otro centro



7. ANEXOS

1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Hospitalización según el año formativo.

Habilidades	R1	R2	R3	R4	R5
Realización entrevista clínica	2-3	1-2	1-2	1	1
Valoración del estado funcional, mental y entorno social del paciente (fragilidad)	2-3	1-2	1-2	1	1
Exploración Física	2-3	1-2	1	1	1
Información a pacientes	2-3	2	1	1	1
Información a familiares	2-3	2	1	1	1
Solicitud de pruebas complementarias e interconsultas	2-3	1-2	1	1	1
Interpretación de resultados de pruebas complementarias	2-3	2	1	1	1
Establecer un diagnóstico diferencial y diagnóstico más probable	2-3	2	1	1	1
Reconocer enfermedades del paciente	3	2	1-2	1	1
Realización de una intubación orotraqueal, insertar accesos venosos y realizar RCP avanzada	3	3	2-3	1-2	1
Realización de curas locales y sondajes vesical y nasogástrico	3	2	1	1	1
Manejo adecuado de drenajes, heridas operatorias y sus complicaciones	3	2-3	2-1	1	1
Cambio de sistemas de presión negativa (VAC)	3	2-3	2	1	1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico más adecuado	2-3	2	1-2	1	1
Realización de un plan terapéutico	2-3	2	1	1	1
Realización de Informe de Alta	2-3	2	1	1	1
Manejo situaciones difíciles (malas noticias, autopsias, pacientes violentos)	3	2-3	1-2	1	1
Información en situaciones al final de la vida	3	2-3	1-2	1	1
Planificación estructurada de procesos estandarizados	3	2	1	1	1
Presentación oral de casos clínicos en el servicio	2-3	2	1	1	1
Presentación de comunicaciones orales en Congresos y Reuniones científicas	2-3	2	2-1	1	1
Impartir enseñanza práctica a los estudiantes	2-3	2	1	1	1
Solicitud consentimiento informado	2-3	2	1	1	1
Búsquedas bibliográficas	2-3	2	1	1	1
Organización curriculum	2-3	2	1	1	1

2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Consultas Externas según el año formativo.

Habilidades	R1	R2	R3	R4-5
Presentarse e informar al paciente y familiares	2-3	1	1	1
Correcta realización de una historia clínica y orientación del paciente identificando el motivo de consulta	2-3	1	1	1
Evaluación del estado funcional, mental y entorno social del paciente (fragilidad)	2-3	1-2	1	1
Sistemática exploración física según la orientación clínica	2-3	2	1	1
Interpretación de resultados de pruebas complementarias	2-3	2	1-2	1
Solicitud de pruebas complementarias básicas e interconsultas	2-3	1-2	1	1
Establecer un diagnóstico diferencial y elaborar un juicio clínico de presunción	2-3	2	1	1
Realización de un plan terapéutico	2-3	2	1	1
Realización de Informe de Alta de consulta externa	2-3	2	1	1
Información a pacientes	2-3	2	1	1
Información a familiares	2-3	2	1	1
Solicitud de estudio preoperatorio e inclusión en lista de espera	3	2-3	1-2	1
Explicación y solicitud consentimiento informado	3	2-3	2	1

3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Quirófanos según el año formativo.

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 herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario e hidradenitis axilar o inguinal. Amputación menor. Punción torácica

Grado 2. Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Herniorrafia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta. Inserción de trócares laparoscópicos. Gastroyeyunostomía. Píloroplastia. Sutura de perforación ulcerosa. Colectomía abierta. Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.

Grado 3. Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía y colecistectomía laparoscópicas. Funduplicatura Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.

Grado 4. Hemicolectomías derecha e izquierda. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Mastectomía radical modificada. Tiroidectomía subtotal/total. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía. Funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje de esófago cervical. Adrenalectomía abierta.

Grado 5. esofaguectomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Duodeno-pancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc). Trasplante hepático y de páncreas.

Año residencia	Grado de complejidad cirugía	Nivel de Supervisión
R1	Grado 1	2-3
R2	Grados 1 y 2	2
R3	Grados 1 a 3	2
R4	Grados 1 a 4	2
R5	Grados 1 a 5	2 (puntualmente 1, procedimientos menores)

Habilidades	R1	R2	R3	R4-5
Conocer los protocolos de preparación preoperatoria	2-3	2	1	1
Explicación y solicitud consentimiento informado	2-3	2	1	1
Realización de listado de verificación preoperatoria (check-list)	2-3	2	1	1
Realización de una técnica de anestesia local	2-3	1-2	1	1
Drenaje de abscesos	2-3	2	1	1
Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano	2-3	2	1	1
Preparación del campo operatorio	2-3	2	1	1
Redactar un protocolo quirúrgico	2-3	2	1	1
Solicitud estudio anatomopatológico	2-3	2	1	1
Realización de un plan terapéutico	2-3	2	1	1
Información a familiares	2-3	2	1	1

4. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades en el área de Urgencias según el año formativo.

Habilidades	R1	R2	R3	R4	R5
Presentarse y realización entrevista clínica	2-3	1-2	1-2	1	1
Correcta realización de una historia clínica y orientación del paciente identificando el motivo de consulta	2-3	1	1	1	1
Valoración del estado funcional, mental y entorno social del paciente (fragilidad)	2-3	1-2	1-2	1	1
Exploración Física	2-3	1-2	1	1	1
Valoración rápida de la gravedad del paciente	2-3	1-2	1	1	1
Solicitud de pruebas complementarias e interconsultas	2-3	1-2	1	1	1
Interpretación de resultados de pruebas complementarias	2-3	2	1	1	1
Conocimiento y utilización de monitores y sistemas de monitorización	2-3	2	1-2	1	1
Información a pacientes	2-3	2	1	1	1
Información a familiares	2-3	2	1	1	1
Establecer un diagnóstico diferencial y diagnóstico más probable	2-3	2	1	1	1
Reconocer enfermedades del paciente	3	2	1-2	1	1
Canalización de accesos venosos	3	2-3	2	1-2	1
Valoración inicial del paciente politraumatizado (no crítico y crítico)	3	2-3	2	1	1
Realización de una intubación orotraqueal, y RCP (básica y avanzada)	3	3	2-3	1-2	1
Realización de curas locales y sondajes vesical y nasogástrico	3	2	1	1	1
Manejo adecuado de drenajes, heridas operatorias y sus complicaciones	3	2-3	2-1	1	1
Limpieza de heridas traumáticas y sutura simple	2-3	2	1	1	1
Cambio de sistemas de presión negativa (VAC)	3	2-3	2	1	1
Drenaje de abscesos de partes blandas	2-3	2	1	1	1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico más adecuado	2-3	2	1-2	1	1
Realización de un plan terapéutico (conocimiento de protocolos implantados)	2-3	2	1	1	1

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Indicar el destino del paciente (alta, ingreso, traslado, observación)	3	3-2	2	1-2	1
Realización de Informe de Alta de Urgencias	2-3	2	1	1	1
Manejo situaciones difíciles (malas noticias, autopsias, pacientes violentos)	3	2-3	1-2	1	1
Información en situaciones al final de la vida	3	2-3	1-2	1	1
Solicitud consentimiento informado	2-3	2	1	1	1

