

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Jefe de Servicio:
Dr. Andrés Gómez Fraile

Tutores del servicio:
Dra. María López Díaz
Dr. Daniel Cabezalí Barbancho
Dra. Rocío Morante Valverde

Enero 2022

Elaborado:	Consensuado:	Revisado:
Nombre: María López Díaz	Nombre: Andrés Gómez Fraile, , M ^a Dolores Delgado Muñoz, Daniel Cabezalí Barbancho, Rocío Morante Valverde	Nombre: Comisión de docencia
Puesto: Tutores Cirugía Pediátrica	Puesto: Jefe de servicio, Jefa de Sección y Tutores y Adjuntos del servicio de Cirugía Pediátrica	Puesto:
Firmas:  Fdo: Dra. López	Firmas:	Firmas:

Versión	Fecha de elaboración	Fecha de aprobación	Fecha revisión prevista
1.0	Febrero 2019		
2.0	Noviembre 2021		
2.1	Enero 2022	Febrero 2022	

ÍNDICE

1. Marco legal
2. Descripción de la estructura , áreas y funciones
3. Programa de rotaciones
4. Guardias
5. Supervisión en planta
6. Supervisión en consulta externas (CCEE)
7. Supervisión en quirófano
8. Sesiones
9. Evaluación
- Anexo : objetivos de las rotaciones

1. MARCO LEGAL

Este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del **Real Decreto 183/2008** que regula los aspectos formativos de la formación sanitaria especializada.

Para su elaboración se han tenido en cuenta los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008.

Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008)

Artículo 14. El deber general de supervisión.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales. Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes. Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.

1. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud. 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.

Cada actividad debe acompañarse de un grado de responsabilidad creciente y supervisión decreciente. Así pues, podemos distinguir 3 niveles:

- **Nivel 3:** responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por el personal facultativo y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.
- **Nivel 2:** responsabilidad media/supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal facultativo.
- **Nivel 1:** responsabilidad máxima/supervisión a demanda. Las habilidades permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

El paso de un nivel a otro con responsabilidad mayor, tendrá carácter progresivo y no dependerá en exclusiva del año de residencia. Se valorará de forma conjunta con las habilidades adquiridas y demostradas, y será de manera individual.

2. En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

3. 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 o unidad 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. Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año.

4. 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 o unidad, 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 la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

5. Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA ÁREAS Y FUNCIONES

UBICACIÓN:

El Servicio de Cirugía Pediátrica está encuadrado dentro del Departamento de Pediatría del Hospital Materno-Infantil.

Nuestro servicio se ubica en diferentes estancias del hospital materno infantil, teniendo la sala de reuniones principal en la 8ª planta de cirugía infantil.

- Dos consultas de cirugía general (la nº10 y la nº 11)
 - **Lunes:** consulta de cirugía general A (cirugía menor y revisiones postquirúrgicas, toracoscopía y oncología) (Dra. López)
 - **Martes:** Consulta de cirugía general B (cirugía colorrectal) (Dra. García) y consulta de cirugía general B (consulta de cirugía digestiva, revisiones postquirúrgicas, laparoscopia y revisiones neonatales (Dr. Cano).
 - **Miércoles:** consulta de cirugía general A (cirugía menor y revisiones postquirúrgicas, toracoscopía y oncología) (Dra. Morante)
 - **Jueves:** consulta de cirugía general A (cirugía menor y revisiones postquirúrgicas, cirugía torácica y oncología) (Dr. Antón-Pacheco).
 - **viernes alternos:** Consulta de cirugía general B (cirugía menor y revisiones postquirúrgicas, cirugía ginecológica) (Dra. Tejedor).
- Tres consultas de cirugía plástica / urología.
 - **Lunes, miércoles y viernes:** consulta de C. plástica y consulta de curas (Dra. Delgado / Dra. Martí/ Dr. Redondo).
 - **Martes y Jueves:** consulta de Urología (Dr. Gómez, Dr. Cabezalí, Dra. Tordable)
- Hay una consulta específica de **vía aérea**, en conjunto con neumología pediátrica, los lunes; ésta se encuentra ubicada en la 6ª planta del mismo edificio (Dr. Antón-Pacheco, Dra. Morante).

Hospitalización: principalmente una va a ser la planta en la que se ubicarán los pacientes a nuestro cargo:

- la planta 8ª que acoge a los niños quirúrgicos.

Si bien es cierto, nuestros pacientes pueden estar distribuidos por las diferentes plantas del hospital, pero a cargo de otras especialidades.

Quirófanos de pediatría: Se encuentran en la planta 1ª. Son 5 quirófanos. (del 50 al 54, aunque coloquialmente se les llama del 1 al 5 en orden ascendente – el 1 es el 50, el 2 el 51 y así) Generalmente están distribuidos de la siguiente forma:

- 50 (el 1): urología – lunes // Cirugía general A - viernes
- 53 (el 4): c. plástica - martes y jueves.
- 54 (el 5): c. general – lunes (cirugía B), martes (cirugía A), miércoles (urología) jueves (cirugía B).

Por lo general el 52 (el 3) es el quirófano de urgencias

La **UCIP/REANIMACIÓN POSTOPERATORIA** está en la planta 1ª, es un servicio de intensivos que se comparte con la reanimación postoperatoria, por lo que es un espacio compartido por pediatras intensivistas y anestesiólogos. Es aquí donde hacen el postoperatorio inmediato nuestros pacientes que no tienen ya la edad neonatal.

El **hospital de día** se ubica en la planta 1ª.

En ocasiones los residentes operan en el Hospital Militar Gómez Ulla. Con esto aligeramos lista de espera y es una muy buena oportunidad para el residente para operar cirugía menor. Durante el primer año de residencia, salvo orden contraria, el residente irá todos los lunes a partir de Septiembre.

Hospital Militar Gómez Ulla:

Se encuentra situado en la Glorieta del ejército s/n (28047) en el barrio de Carabanchel, Madrid. Metro: Carabanchel.

Para acceder al hospital sólo es necesario llevar el carnet de colegiado. Los quirófanos se encuentran en la planta baja del edificio general. El quirófano de pediatría es el número 4. Los vestuarios se encuentran también en la planta baja.

RECURSOS HUMANOS:

Nuestro servicio se distribuye principalmente en 4 secciones: cirugía general A (cirugía de la vía aérea y cirugía oncológica), cirugía general B (cirugía digestiva y neonatal), urología y cirugía plástica

El jefe de servicio es el Dr. Andrés Gómez Fraile y existen también 2 jefes de sección : Dra. M^a Dolores Delgado Muñoz y Dr. Antón-Pacheco Sánchez.

Diferenciados por secciones el personal se distribuye así:

-Cirugía General:

- Dr. Juan Luis Antón-Pacheco Sánchez (A) (Jefe de sección)
- Dr. Indalecio Cano Novillo (B)
- Dra. Araceli García Vázquez (B)
- Dra. María López Díaz (A)
- Dra. Rocío Morante Valverde (A)

-Urología:

- Dr. Andrés Gómez Fraile (Jefe de Servicio)
- Dr. Daniel Cabezalí Barbancho
- Dra. Cristina Tordable Ojeda

-Cirugía plástica:

- Dra. M^a Dolores Delgado Muñoz (Jefa de sección)
- Dr. Jesús Redondo Sedano

Al servicio están adscritos otros 3 profesionales

- Dra. Eunáte Martí Carrera. Pertenece al servicio de Cirugía Plástica y reparadora y adscrita a nuestra sección de cirugía plástica.

- Dr. Luis Díaz Gómez – Pertenece al H.U. Gómez Ulla con el cual existe un acuerdo entre hospitales.

- Dra. Raquel Tejedor Sánchez - Pertenece al H.U. Gómez Ulla con el cual existe un acuerdo entre hospitales. La Dra. Tejedor realiza guardias también en nuestro servicio.

Además del staff mencionado actualmente se forman 5 residentes.

TUTORES:

Las funciones del tutor vienen recogidas en el 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 y son:

- Propuesta a la comisión de docencia de las rotaciones de los residentes.
- Elaboración individualizada de las rotaciones.
- Supervisión directa y continuada de la realización de los programas de la especialidad y el control de la actividad asistencial que contenga, sin perjuicio de las facultades de dirección que compitan al jefe de la unidad asistencial.
- Fomento de la participación en actividades docentes e investigación de la unidad acreditada.
- Evaluación continuada, anual y final de los residentes.
- Elaboración de una memoria anual de las actividades docentes, con participación de los especialistas en formación, con la supervisión del Jefe de Servicio.

A cada uno de los residentes que comienza su formación en nuestra Unidad Docente se le asignará un tutor personal. Los tutores actuales coordinan las tareas docentes propias del servicio:

- Dra. María López Díaz: (tutora de R3,R5)
mlopezdiaz@salud.madrid.org
- Dr. Daniel Cabezalí Barbancho: (tutor de R4 y residente rotantes)
dcabezali@yahoo.es
- Dra. Rocío Morante Valverde: (tutora de R1, R2)
romorante82@hotmail.com

En la rotación de cirugía general pediátrica el responsable de la formación será la Dra. López como tutora en la sección; en la rotación por Cirugía plástica infantil la responsable será la Dra. Delgado como jefa de sección y tutora en la sección y en la rotación de urología infantil el responsable será Dr. Cabezalí como tutor en la sección.

3. PROGRAMA DE ROTACIONES

El calendario de rotaciones “estándar” con modificaciones según año de entrada individualizadas a cada residente.

	R1	R2	R3	R4	R5
JUNIO	C. Gral. Ped	C. Gral Ped.	C. Plástica	Urología	C. Gral Ped.
JULIO	Urgencias	C. Gral Ped.	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
AGOSTO	Neonatos	C. Gral Ped.	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
SEPTIEMBRE	C. Gral Adultos HU120	Anestesia	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
OCTUBRE	C. Gral Adultos HU120	C. Plástica	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
NOVIEMBRE	C. Gral Adultos HU120	C. Plástica	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
DICIEMBRE	C. Gral Adultos “Gómez Ulla”	<i>C. Plástica La Paz</i>	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
ENERO	C. Gral Adultos “Gómez Ulla”	C. Plástica	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
FEBRERO	C. Gral Adultos “Gómez Ulla”	C. Plástica	C. Gral Ped.	Rot. Ext. móvil	C. Gral Ped.
MARZO	C. Gral Adultos “Gómez Ulla”	C. Plástica	C. Gral Ped.	Rot. Ext. móvil	C. Gral Ped.
ABRIL	C. Tórax	C. Plástica	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.
MAYO	C. Tórax	C. Plástica	C. Gral Ped.	Urología	C. Gral Ped.

Las rotaciones serán individualizadas y se entregarán a cada uno en documento aparte.

Se recomienda durante los últimos años de residencia la rotación en otros Hospitales, durante un periodo de 1 a 3 meses, según preferencia del residente y disponibilidad del centro, tanto en hospitales nacionales como internacionales.

En los últimos meses de la residencia se podrá ampliar la rotación en la sección que más interese al residente.

Se pretende la incorporación progresiva y aprendizaje ordenado en las tareas de gestión clínica, evaluación – investigación y lectura crítica de literatura científica.

4. GUARDIAS

El equipo de guardia de Cirugía Pediátrica está formado por un residente R1, R2, R3, R4, R5 (del servicio o rotantes) de presencia física, un adjunto del servicio de presencia y un adjunto del servicio de forma localizada. El residente realizará un mínimo de 4 guardias. El R1 presentará la particularidad que por sus rotaciones externas se le exigirá que como mínimo 2 de sus guardias se hagan en el servicio de cirugía pediátrica.

Durante el primer año se realizarán guardias en los servicios rotantes según las necesidades de los mismos (C. General y C. Torácica). Y se acogerá a las normas y protocolo de supervisión de cada especialidad.

Estarán exentos de guardias en la rotaciones por neonatología (R1), servicio de urgencias de pediatría (R1), cirugía plástica en La Paz (R2), servicio de anestesiología (R2), salvo interés personal que se individualizaría con cada residente según el caso.

Según avance la residencia se irá asumiendo más responsabilidad para indicar tipos de tratamiento e intervenciones como primer cirujano. **El contacto con el adjunto de guardia será a través de un busca con el número 68338.**

La guardia se pasa a las 8:15h con el pase del busca (de mano en mano) y la sesión de lo ocurrido en la guardia y presentación de las cosas pendientes. En días festivos la guardia se cambia a las 10:30h salvo orden contraria. En fin de semana se pasa visita a todos los niños ingresados a cargo de cirugía pediátrica (C. General, Urología, Plástica, Vía Aérea, Neonatos, UCIP y periféricos).

Las funciones del equipo de guardia son las siguientes:

- Atención continuada de los pacientes hospitalizados a cargo del servicio fuera del horario laboral normal
- Atención de interconsultas urgentes solicitadas desde urgencias (las 24h)
- Atención de interconsultas urgentes fuera del horario laboral normal
- Valoración y tratamiento médico quirúrgico de la patología quirúrgica pediátrica urgente ya sea en el área de urgencias o cualquiera otra del hospital para el que sea requerido

- ***Pase de visita en plantas en fin de semana (pasa visita el saliente de guardia, salvo orden contraria)***

R1: La visita se deberá pasar siempre acompañado del adjunto de guardia.

R2: La visita se pasará acompañado del adjunto, aunque progresivamente se irá proporcionando menor supervisión para el pase de los pacientes de la planta 8ª salvo casos especiales [cirugías mayores (malformaciones anorrectales, cirugía vía aérea, cirugía torácica – no empiemas), patología de cirugía plástica, patología de urología] que se pasará con el adjunto. El resto del pase en UCIP/reanimación y neonatología se hará con el adjunto de guardia.

R3: La visita podrá pasarla solo, a los niños de cirugía general y plástica (que ya habrá completado su rotación) haciendo el resto del pase: urología, vía aérea, UCIP y neonatología acompañada del adjunto.

R4: La visita podrá pasarla ya solo, a los niños de cirugía general y plástica haciendo el resto del pase urología, vía aérea, UCIP y neonatos acompañada del adjunto, aunque de forma progresiva a lo largo de este año (y a juicio del adjunto de guardia) ya podrá pasar solo.

R5: La visita podrá pasarla ya solo, teniendo al adjunto como consultor a demanda.

En el caso de los residente rotantes se aplica la norma utilizada para el R1 (individualizando cada caso/residente) a juicio del adjunto de guardia.

Si el residente está rotando en otro servicio la guardia en cirugía pediátrica se cogerá a las 15h.

Durante la estancia en el servicio el busca por las mañanas será rotatorio entre residentes, independientemente de que estén de guardia o no, según organización del jefe de residentes (R5). Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo.

- **Actividad asistencial de las guardias:**

En las guardias de Cirugía Pediátrica se atienden fundamentalmente:

- Los pacientes que acuden a Urgencias presentando patología quirúrgica.
- Los pacientes ingresados a cargo de Cirugía Pediátrica que requieran observación, valoración de evolución o de exploraciones complementarias y las complicaciones que puedan presentar.
- Los pacientes ingresados a cargo de otros servicios que han requerido intervención quirúrgica por parte de nuestro servicio, para valoración de la evolución / curas.
- Los pacientes ingresados en otros servicios que han presentado o presentan una complicación por los que se interconsulta a nuestro servicio.

Descripción de tareas y funciones del residente:

- ❖ Completará la historia clínica y la exploración física de todas las consultas atendidas.
- ❖ Solicitará las pruebas elementales (analíticas, cultivos, pruebas radiológicas) que considere indicadas para valorar a los pacientes.
- ❖ Redactará el informe de interconsulta.
- ❖ Considerará junto con el adjunto qué pacientes de los recibidos en la urgencia son subsidiarios de tratamiento quirúrgico urgente y qué pacientes son dados de alta o quedan ingresados para su tratamiento diferido.
- ❖ Asumirá el tratamiento de los casos que requieran tratamiento médico y que no precisen consulta con el adjunto.
- ❖ Asumirá el tratamiento de todos los casos de cirugía menor que puedan ser resueltos bajo anestesia local (pequeñas heridas, drenaje de abscesos, etc.) que no requieran la presencia del adjunto. (ver especificaciones por año de residencia).
- ❖ Preparará los casos que precisen anestesia general urgente (analítica. consentimiento, preanestesia) para su intervención.
- ❖ Intervendrá como ayudante o primer cirujano, según su nivel formativo en los casos urgentes que precisen anestesia general en presencia del adjunto.
- ❖ Redactará la nota de ingreso y los comentarios de evolución
- ❖ Hará la prescripción en HCIS

- ❖ Supervisará la evolución y cura de los pacientes operados o a cargo de cirugía pediátrica los días no laborables (ver especificaciones según año de residencia)
- ❖ Dará información rutinaria a pacientes o familiares en situaciones no comprometidas (asegurando siempre la confidencialidad)
- ❖ Facilitará información permanente de su actividad durante la guardia al adjunto.
- ❖ Realizará el comentario-resumen ("pase de guardia") de las incidencias de la guardia en presencia del equipo de guardia entrante a primera hora de la mañana.

-Los residentes atenderán telefónicamente la primera llamada al busca:

- ❖ R1:
 - Llamada de urgencias – bajará a la urgencia e historiará al paciente. En el caso de heridas (no complejas) completará el tratamiento si ya ha hecho guardia de mochila, en caso contrario llamará al adjunto para completar tratamiento en las 3 primeras guardias. En casos de dolor abdominal, balanitis, heridas infectadas, trauma torácico leve avisará al adjunto en las 3 primeras guardias, sospecha de ingesta de cuerpo extraño (3 primeros casos), posteriormente podrá completar exploración y tratamiento. En el resto de patología avisará al adjunto por lo menos telefónicamente y consensuarán actuación a seguir.
 - **Signos de alarma:** llamará SIEMPRE al adjunto en casos de dolor testicular, politraumatismo, sospecha de aspiración de cuerpo extraño, paciente con dificultad respiratoria, traslados de otro centro (recogerá la llamada y antes de decidir derivación llamará al adjunto para concluir la admisión). Extracción accidental de dispositivo (gastrostomía, sondas...). Llamará siempre para ingreso de paciente, indicación quirúrgica con sedación o anestesia general, conflictos con familiares, PCR, solicitud de exploraciones complementaria complejas o costosas (RM, TC...), éxitus.
 - Llamada de neonatos , UCIP/REANIMACIÓN: llamar directamente a adjunto
- ❖ R2:
 - Llamada de urgencias - bajará a la urgencia, historiará al paciente y completará el tratamiento salvo dudas en que llamará al adjunto.
 - **Signos de alarma:** llamará SIEMPRE al adjunto en casos de dolor testicular (por lo menos para comentar el caso), politraumatismo (por lo menos comentar el caso), sospecha de aspiración de cuerpo extraño (SIEMPRE se requerirá de la presencia del adjunto en la urgencia para exploración y actitud a seguir), paciente con dificultad respiratoria, traslados de otro centro (recogerá la llamada y antes de decidir derivación llamará al adjunto para decidir la admisión. Llamará siempre para ingreso de paciente, indicación quirúrgica con sedación o anestesia general, conflictos con familiares, PCR, solicitud de exploraciones complementaria complejas o costosas (RM, TC...), éxitus..
 - Llamada de neonatos , UCIP/REANIMACIÓN: llamar directamente a adjunto y se decidirá si requiere su presencia o no
- ❖ R3:
 - Llamada de urgencias - bajará a la urgencia, historiará al paciente y completará el tratamiento salvo dudas en que llamará al adjunto.
 - **Signos de alarma:** llamará SIEMPRE al adjunto aunque *puede ser de forma diferida*: en casos de dolor testicular, politraumatismo, sospecha de aspiración de cuerpo extraño, paciente con dificultad respiratoria, traslados de otro centro. Llamará SIEMPRE con indicación quirúrgica con sedación (aunque no se requiera su presencia) indicación

- anestesia general (llamar en el momento de la indicación), conflictos con familiares, PCR, solicitud de exploraciones complementaria complejas o costosas (RM, TC...), éxitus..
- Llamada de neonatos , UCIP/REANIMACIÓN: puede atender la interconsulta y una vez “historiado” al paciente llamará al adjunto y se decidirá si requiere su presencia o no.
- ❖ R4:
- Llamada de urgencias - bajará a la urgencia, historiará al paciente y completará el tratamiento salvo dudas en que llamará al adjunto.
 - **Signos de alarma:** llamará SIEMPRE al adjunto aunque *puede ser de forma diferida*: en casos de dolor testicular, politraumatismo, sospecha de aspiración de cuerpo extraño, paciente con dificultad respiratoria, traslados de otro centro. Llamará SIEMPRE indicación anestesia general (llamar en el momento de la indicación), conflictos con familiares, PCR.
 - Llamada de neonatos , UCIP/REANIMACIÓN: puede atender la interconsulta y una vez “historiado” al paciente llamará al adjunto aunque puede ser de forma diferida.
- ❖ R5:
- Llamada de urgencias, neonatos , UCIP/REANIMACIÓN – tendrá supervisión a demanda.
 - **Signos de alarma:** llamará SIEMPRE al adjunto indicación anestesia general (llamar en el momento de la indicación), solicitud de exploraciones complementaria complejas o costosas (RM, TC...), éxitus.

Al menos una vez en la mañana se contactará con el adjunto para contar el transcurso de la guardia (busca o mensajería instantánea - con respuesta), y 2 veces en la tarde, de esta forma se garantiza el contacto entre residente y adjunto. El proceso de supervisión se completa durante las fases de hospitalización y curas postoperatorias de los pacientes intervenidos, que pasan a ser responsabilidad de alguno de los adjuntos y que permiten a los residentes sacar conclusiones sobre indicaciones y técnicas quirúrgicas en función de la evolución del los casos.

Funciones del adjunto:

- Supervisará, atenderá o realizará personalmente las siguientes actuaciones o situaciones:
 - Intervenciones que se realicen bajo anestesia general
 - Intervenciones bajo anestesia local de mayor complejidad
 - Información a pacientes o familiares en casos de gravedad o conflicto
 - Intervención de pacientes inestables o de mal pronóstico.

5. SUPERVISIÓN EN PLANTA

En las actividades realizadas en planta de Hospitalización por parte del Residente, es responsabilidad del Médico Adjunto de la planta su supervisión, y el que asigne casos en función de la ocupación de camas y gravedad del paciente.

De este modo se revisarán conjuntamente los niños ingresados y se comentará el plan de acción. El residente tendrá capacidad para realizar la asistencia hasta un Nivel de Responsabilidad 1; de modo que podrá realizar la exploración de forma autónoma, anotar en Historia Clínica los datos de la evolución, solicitar pruebas complementarias, firmar tratamiento (esto último bajo supervisión directa del médico adjunto), etc... pero los Informes de Alta realizados deberán siempre

estar firmados por el residente y el médico adjunto responsable, en el caso de los R1. El resto de años de residencia los informes pueden ir firmados sólo por residente (con visto bueno del adjunto), salvo los casos que se decidan con el adjunto responsable. En los casos de alta de los fines de semana el adjunto que debe figurar en el alta será con el que se haya pasado visita (no el responsable habitual de la planta), incluso si son de otra sección.

Las técnicas a realizar en planta (retirada tubo de tórax, curas, drenaje abscesos, retirada drenajes cuando sea necesario...) serán realizadas por los residentes en función de la autonomía y habilidades adquiridas, y con supervisión decreciente en función del año de residencia.

Supervisión en UCIP/reanimación – neonatología:

-El pase de planta por estas unidades se realizará en el 5º año de especialidad (salvo en urología y plástica que debido al menor número de pacientes el pase será siempre en compañía de los médicos adjuntos). Los primeros 6 meses de rotación el pase se hará en conjunto y con la valoración de los médicos responsables de los pacientes (pediatras intensivistas/anestesiólogos o neonatólogos). En los últimos 6 meses el pase lo podrá hacer solo, la supervisión se hará comentando a los pacientes antes y después del pase. El residente contactará con el adjunto siempre que sea necesario realizar alguna técnica, aunque luego se podrá decidir que no sea necesaria la presencia del adjunto.

6. SUPERVISIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS

La rotación por las distintas subespecialidades de cirugía pediátrica hace que se incluya también de forma ambulatoria, en las distintas Consultas Externas (CCEE). La supervisión en CCEE se realiza de forma individualizada en función de los distintos departamentos, con responsabilidad progresiva. Es el Médico Adjunto Especialista el responsable de toda la actividad realizada en dicha rotación. Los residentes pueden realizar anotaciones en la Historia Clínica con los mismos principios que los expuestos para la planta, pero las inclusiones en lista de espera y consentimientos informados debe figurar el nombre del adjunto responsable (aunque no firme). Los informes evolutivos y de alta que se entregan al paciente deben contener el nombre de ambos (residente y médico adjunto).

7. SUPERVISIÓN EN QUIROFANO

El residente debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la orden de operación, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos o de otro tipo y la información a familiares.

El residente debe conocer la historia del paciente que acude a quirófano y revisar si presenta todos los documentos (historia clínica completa, consentimiento informado de cirugía y anestesia y analíticas/pruebas radiodiagnósticas en caso que precise). Antes del paso al quirófano el residente debe marcar la zona a operar (en caso de discrepancia historia clínica – exploración – y lo que nos cuenta en ese momento el paciente/ los padres, debe avisar al adjunto). Ya en quirófano se abrirán las pruebas radiológicas pertinentes. Si la cirugía es mínimamente invasiva se insertarán los datos del paciente en la torre. Los parámetros de la torre (presión/flujo del gas) serán consensuados con el adjunto.

8. SESIONES

Las sesiones son otra forma de supervisión del residente (sobre todo en el ámbito de docencia), tanto el pase de guardia como las sesiones de temario o bibliografía, como las sesiones multidisciplinarias, ya que se podrá pedir opinión al residente antes de que los adjuntos den su opinión.

- Sesión diaria de urgencias – pase de guardia (Lunes a Viernes 8:15h)
- Sesión semanal de programación y presentación de casos clínicos (Viernes 9h)
- Sesión de Cirugía Digestiva – radiológica, semanal (Jueves 8:30h)
- Sesión UVAP-radiología: último miércoles de cada mes 8:30h
- Sesión semanal oncológica (Martes 8:30h) en conjunto con las secciones de oncología pediátrica, radiología, radioterapia y la sección correspondiente quirúrgica.
- Sesión Urológica, semanal (Viernes 10h) en conjunto con nefrología pediátrica, medicina nuclear y radiología, presentando los casos problemáticos y aquellos que se ha decidido operar.
- Reunión de información de actividad urgente de fines de semana (Lunes a las 8:30h)
- Sesión del Fisurado mensual (Viernes 10h)
- Sesión malformaciones vasculares junto a radiología intervencionista, mensual – Miércoles.
- Miércoles 8:30h: sesiones de residentes (temario de la especialidad). La programación la realiza el jefe de residentes.
- Martes 8:00h: sesión bibliográfica de los residentes.
(las sesiones del servicio se pueden seguir vía TEAMS)

9. EVALUACIÓN

En torno a abril de cada año hay que presentar las Fichas de evaluación y la Memoria Anual en el Comité de Evaluación de la Comisión de Docencia del hospital, esto forma parte de la evaluación anual del residente. Actualmente su cumplimentación incluye la APP de formación.

La memoria anual, además de un requisito administrativo oficial y obligatorio que nos pide el Ministerio y que se tramita desde la Comisión de Docencia del hospital, es una oportunidad para

ir construyendo vuestro propio Curriculum profesional. Por ello, se debería cuidar la redacción y presentación de la misma. Debe estar escrita a ordenador en un modelo estándar.

- En la actividad asistencial, escribir las técnicas o instrumentos que se utilizan en cada sección.

- En la actividad docente, las clases impartidas en el servicio, hospital y otros centros.

- En la actividad formativa, los cursos, conferencias y otras actividades, indicando el lugar de realización y el nº de horas lectivas o créditos.

- En la actividad investigadora, los congresos, publicaciones, tesis o capítulos de libros, indicando fecha, lugar, título y autores por orden.

Las memorias deben ser firmadas por el tutor, el jefe de Servicio y el Presidente de la Comisión de docencia del hospital.

Independiente de la memoria anual obligatoria por la comisión se pedirá, para entregar a los tutores, una memoria trimestral con la actividad quirúrgica, con el objetivo de ir ajustando rotaciones en caso de detectar deficiencias. Esta memoria tiene una plantilla en Excel.

ANEXO 1:

Objetivos del residente de primer año en la Rotación en Cirugía General Pediátrica Y Objetivos Generales

Al final de la misma, el residente en formación deberá ser capaz de realizar, con los diferentes niveles de supervisión indicados los siguiente ítems:

	N1	N2	N3	Proced realizados
Realización de Historia clínica	X			10
Realización de evolutivos clínicos		X		10
Realización de partes de interconsulta clínicos			X	
Interpretación de pruebas diagnosticas		X		10
Realización de informes de alta		X		5
Sutura simple	X			20
Sutura intradérmica	X			10
Sutura muscular	X			10
Sutura peritoneal		X		10
Sutura con tensión		X		5
Desbridamientos quirúrgico	X			1
Uso de métodos desbridantes	X			1
Uso de pomadas cicatrizantes	X			1
Drenaje de abscesos	X			1
Seguimiento de infecciones complicadas		X		0-1

	N1	N2	N3	Proced realizados
Curas hospitalarias	X			5
Tratamiento del absceso perianal		X		0-1
Diagnóstico diferencial de abdomen agudo	X			10
Uso racional de pruebas diagnósticas en el abdomen agudo	X			10
Apendicectomía abierta		X		15
Apendicectomía laparoscópica			X	10
Realización ostomías			X	0-1
Resección intestinal			X	0-1
Impactación fecal		X		0-1
Tratamiento obstrucción intestinal		X		0-1
Íleo paralítico		X		2
Tratamiento fisura anal		X		0-1
Tratamiento fístula anal		X		0-1
Exploración abdominal	X			20
Hernia umbilical - supraumbilical		X		5
Hernia inguinal – hidrocele –quiste de cordón			X	10
Hernia ventral – epigástrica		X		3
Fimosis		X		20
Toracocentesis		X		0-1
Desbridamiento toracoscópico empiema pleural		X		0-1
Diagnóstico RGE			X	
Funduplicatura de Nissen			X	
Cuidado de ostomías		X		1
Colocación PAC		X		2
Retirada PAC		X		1
broncoscopias			X	3
Endoscopias digestivas			X	3
Exéresis dedo supernumerario		X		0-1

	N1	N2	N3	Proced realizados
CMA (exéresis quistes y lipomas)		X		10
Publicación revista		X		1
Realización de protocolo		X		1
Sesión clínica servicio		X		2
Sesión clínica pediatría		X		1
Tutorías	X			4 entrevistas
Memoria trimestral	X			4
Memoria anual	X			1
Curso	X			Recomendado: AITP
Congreso	X			Se recomienda 1

Objetivos del residente de Segundo año en la Rotación en Cirugía Plástica Pediátrica Y Objetivos Generales

	N1	N2	N3	Proced realizados
Sutura simple	x			20
Sutura intradérmica	x			20
Sutura con tension		x		10
Desbridamientos quirúrgicos		x		10
Uso de métodos desbridantes	x			20
Uso de pomadas cicatrizantes	x			20
Drenaje de abscesos		x		10
Seguimiento de infecciones complicadas		x		10
Curas hospitalarias		x		30
Curas ambulantes		x		30
Seguimiento de cicatrices anómalas		x		10
Tratamiento de los queloides		x		10
Diagnóstico e indicación quirúrgica de la anquiloglosia		x		20
Diagnóstico e indicación quirúrgica del frenillo labial superior		x		20
Frenectomía lingual ambulatoria		x		10
Tratamiento inicial de las quemaduras		x		20

	N1	N2	N3	Proced realizados
Seguimiento hospitalario del paciente quemado		x		5
Seguimiento ambulatorio del paciente quemado		x		10
Tratamiento de las secuelas de quemaduras		x		5
Exeresis primaria de los nevus		x		10
Exeresis secuencial de nevus		x		5
Realización de colgajos cutáneos (Zplastias , avance - rotación ,...)		x		5
Planificación de expansores		x		2
Retirada de expansores		x		2
Diagnóstico diferencial de los tumores cutáneos		x		20
Exeresis primaria de tumores cutáneos		x		10
Diagnóstico diferencial de los tumores cervicales		x		10
Diagnóstico diferencias de fistulas y quistes branquiales		x		10
Tratamiento de los tumores cervicales		x		10
Tratamiento del quiste de conducto tirogloso			x	5
Diagnóstico y planificación del Hellix valgus bilateral		x		10
Diagnóstico de la microtia			x	5
Corrección de hellix valgus bilateral (conocer distintas técnicas)		x		10
Seguimiento de Hellix valgus corregido		x		20
Tratamiento de la microtia			x	2
Diagnostico y protocolo de la fisura labio palatina	x			10
Tratamiento del labio leporino			x	5
Tratamiento de la fisura palatina			x	5
Rinoplastia			x	5
Diagnóstico e indicación quirúrgica de las malf torácicas	x			20
Tratamiento del pectus carinatum			x	5
Tratamiento del pectus excavatum			x	5
Diagnóstico de mano congénita	x			5
Diagnóstico de la mano traumática	x			10
Corrección de polidactlia simple		x		5

	N1	N2	N3	Proced realizados
Corrección de polidactilia compleja			x	2
Corrección de la sindactilia simple		x		2
Corrección de la sindactilia compleja			x	2
Evaluación y corrección de mano traumática		x		5
Diagnóstico de las anomalias vasculares		x		20
Tratamiento y seguimiento de hemangiomas		x		10
Tratamiento y seguimiento de malf venosas		x		5
Tratamiento y seguimiento de malf linfáticas		x		5
Tratamiento y seguimiento de malf arteriales		x		2
Tratamiento y seguimiento de malf mixtas		x		2
Diagnóstico y seguimiento de la ginecomastia		x		2
Tratamiento quirúrgico de la ginecomastia		x		2
Técnicas de liposucción e infiltración grasa		x		5
Diagnóstico de la ptosis parpebral		x		2
Tratamiento de la ptosis parpebral		x		2
Diagnóstico de hipospadias	x			2
Tratamiento quirúrgico del hipospadias			x	2
Publicación revista		x		1 nacional
Realización de protocolo		x		1-2
Sesión clínica servicio		x		3
Sesión clínica pediatría		x		1
Tutorías	x			4 entrevistas
Memoria trimestral	x			4
Memoria anual	x			1
Curso	x			Recomendado: AITP
Congreso	x			Se recomienda al menos 1

Objetivos del residente de Tercer año en la Rotación en Cirugía General Pediátrica Y Objetivos Generales

	N1	N2	N3	Proced realizados
Realizacion de Historia clínica	x			40
Realización de evolutivos clínicos	x			40
Realización de partes de interconsulta clínicos		x		20
Interpretacion de pruebas diagnosticas		x		30
Realización de informes de alta		x		40
Sutura simple	x			>50
Sutura intradérmica	x			>50
Sutura muscular	x			>50
Sutura peritoneal	x			>50
Sutura con tension	x			>30
Desbridamientos quirúrgico	x			10
Uso de métodos desbridantes	x			30
Uso de pomadas cicatrizantes	x			30
Drenaje de abscesos	x			20
Seguimiento de infecciones complicadas		x		20
Curas hospitalarias	x			>50
Tratamiento del absceso perianal		x		20
Diagnóstico diferencial de abdomen agudo	x			>50
Uso racional de pruebas diagnósticas en el abdomen agudo	x			>50
Apendicectomía abierta		x		20
Apendicectomía laparoscópica		x		20
Realización ostomías		x		2
Cierre estoma			x	5
Resecció intestinal			x	3
Impactación fecal		x		3
Tratamiento obstrucción intestinal		x		5
Ileo paralítico		x		10
Tratamiento fisura anal		x		5

	N1	N2	N3	Proced realizados
Tratamiento fístula anal		x		5
Exploración abdominal	x			>50
Maldescenso testicular		x		15
Hernia umbilical - supraumbilical		x		20
Hernia inguinal – hidrocele –quiste de cordón		x		20
Hernia ventral – epigástrica		x		10
Fimosis		x		30
Sinus pilonidal		x		5
Toracocentesis		x		5
Desbridamiento toracoscópico empiema pleural		x		0-3
Diagnóstico RGE			x	
Funduplicatura de Nissen			x	10
Cuidado de ostomías		x		20
Colocación PAC		x		10-20
Retirada PAC		x		10-20
Broncoscopias		x		20
Endoscopias digestivas		x		20
Cirugía oncológica			x	3
Atresia de vías biliares/ quiste de colédoco			x	Al menos ver 1
Colecistectomía lpx			x	Al menos ver 1
Hernia diafragmática congénita			x	2
Defectos de pared congénitos (gastroquisis – onfalocele)		x		1
Atresia esofágica abierta			x	1
Atresia esofágica Tcx			x	Al menos ver 2
Cirugía de la enfermedad de Hirschprung			x	2
Cirugía de la malformación anorrectal			x	2
Cirugía traqueal excepto traqueostomía			x	2
Realización traqueostomía		x		2
Cirugía pulmonar (congénita o adquirida) abierta			x	1

	N1	N2	N3	Proced realizados
Cirugía pulmonar (congénita o adquirida) Tcx			x	Al menos ver 3
Piloromiotomía abierta		x		1
Pilomiotomía lpx			x	3
Quiste tirogloso		x		2
CMA (exéresis quistes – lipomas - uña)		x		20
Publicación revista		x		1nacional – 1 internac
Realización de protocolo		x		2
Sesión clínica servicio		x		3
Sesión clínica pediatría		x		1
Tutorías	x			4 entrevistas
Memoria trimestral	x			4
Memoria anual	x			1
Curso	x			Recomendado:CMI Cáceres
Congreso	x			Se recomienda al menos 1

Objetivos del residente de Cuarto año en la Rotación en Urología Pediátrica Y Objetivos Generales

UROLOGIA PEDIATRICA	N1	N2	N3	Proced realizados
Realizacion de Historia clínica	X			
Realización de evolutivos clínicos	X			
Realización de partes de interconsulta clínicos	X			
Interpretacion de pruebas diagnosticas	X			
Realización de informes de alta	X			
Sondaje vesical	x	x		20
Fimosis		x		20
Herniorrafia inguinal		x		15
Hidrocelectomía		x		20
Diagnóstico y tratamiento de maldescenso testicular		x		15
Diagnóstico y tratamiento del Escroto agudo		x		3
Orquiectomía		x		5
Nefrectomia		x		3
Pieloplastia		x		1
Reflujo vesico ureteral endoscópico		x		3
Reflujo vesico ureteral abierto			x	
Ureterostomía			x	
Cistostomía		x		1
Publicación revista		x		1 nacional - 1 internac
Realización de protocolo		x		2
Sesión clínica servicio		x		3
Sesión clínica pediatría		x		1
Tutorías	x			4 entrevistas
Memoria trimestral	x			4
Memoria anual	x			1
Curso	x			Recomendado:CMI Cáceres
Congreso	x			Se recomienda al menos 1

Objetivos del residente de Quinto año en la Rotación en Cirugía General Pediátrica Y Objetivos Generales

	N1	N2	N3	Proced realizados
Realización de Historia clínica	X			20
Realización de evolutivos clínicos	X			40
Realización de partes de interconsulta clínicos	X			10
Interpretación de pruebas diagnósticas	X			30
Realización de informes de alta	X			40
Sutura simple	X			>50
Sutura intradérmica	X			>50
Sutura muscular	X			>50
Sutura peritoneal	X			>50
Sutura con tensión	X			>30
Desbridamientos quirúrgico	X			10
Uso de métodos desbridantes	X			30
Uso de pomadas cicatrizantes	X			30
Drenaje de abscesos	X			20
Seguimiento de infecciones complicadas	X			20
Curas hospitalarias	X			>50
Tratamiento del absceso perianal	X			10
Diagnóstico diferencial de abdomen agudo	X			>50
Uso racional de pruebas diagnósticas en el abdomen agudo	X			>50
Apendicectomía abierta	X	X		5 o ayudando a R peq
Apendicectomía laparoscópica	X	X		30 // 10 ayudando a R peq
Realización ostomías		X		2-5
Cierre estoma		X		5
Resección intestinal		X		3
Tratamiento obstrucción intestinal		X		5
Íleo paralítico	X			10

	N1	N2	N3	Proced realizados
Tratamiento fisura anal	X			5
Tratamiento fístula anal	X	X		5 o ayudando a R peq
Exploración abdominal	X			>50
Maldescenso testicular	X	X		15 y 5 ayudando a R peq
Hernia umbilical - supraumbilical	X	X		15 y 10 ayudando a R peq
Hernia inguinal – hidrocele –quiste de cordón	X	X		20 y 10 ayudando a R peq
Hernia ventral – epigástrica	X	X		10 y 5 ayudando a R peq
Fimosis	X	X		15 y 15 ayudando a R peq
Sinus pilonidal		X		5
Toracocentesis	X			0-5
Desbridamiento toracoscópico empiema pleural	X			0-3
Diagnóstico RGE	X			
Funduplicatura de Nissen	X	X		10 ayudante y al menos 2 de cirujano
Cuidado de ostomías	X			20
Colocación PAC	X	X		10 y al menos 1 ayudando a R peq
Retirada PAC	X	X		10 y 5 ayudando a R peq
Broncoscopias		X		20
Endoscopias digestivas		X		20
Cirugía oncológica		X		3
Atresia de vías biliares/ quiste de colédoco		X	X	Estará presente en todas
Colecistectomía lpx		X		Participará aunque sea de ayudante
Hernia diafragmática congénita		X		2
Defectos de pared congénitos (gastrosquisis – onfalocele)		X		1
Atresia esofágica abierta			X	1
Atresia esofágica Tcx			X	2
Cirugía de la enfermedad de Hirschprung			X	2
Cirugía de la malformación anorrectal			X	2
Cirugía traqueal excepto traqueostomía			X	2

	N1	N2	N3	Proced realizados
Realización traqueostomía		X		2
Cirugía pulmonar (congénita o adquirida) abierta			X	1
Cirugía pulmonar (congénita o adquirida) Tcx		X	X	3 (de cirujano una resección atípica al menos)
Pilomiotomía lpx		X		3
Quiste tirogloso		X		2
CMA (exéresis quistes – lipomas - uña)	X	X		20
Publicación revista		X		1 nacional – 1 internacional (y una más a elegir)
Realización de protocolo		X		Al menos 1
Sesión clínica servicio		X		5
Sesión clínica pediatría		X		1
Tutorías	X			4 entrevistas
Memoria trimestral	X			4
Memoria anual	X			1
Curso	X			Recomendado : CMI Cáceres
Congreso	X			Se recomienda: Congreso nacional SECIPE y SECLA o internacional