

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
FEBRERO 2023

ÍNDICE

1. OBJETO	2
2. ALCANCE.....	2
3. RESPONSABLES.....	2
4. PROCESO	2
4.1. INTRODUCCIÓN.....	2
4.2. OBJETIVOS DOCENTES	3
4.3. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE.....	5
4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE CIRUGÍA GENERAL.....	10

1. OBJETO

La supervisión del residente en CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

2. ALCANCE

Unidad de CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO – URGENCIAS.

3. RESPONSABLES

Comisión de Docencia

TUTORES de CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

Jefe de Servicio de CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROCESO

4.1. INTRODUCCIÓN

El sistema formativo de residencia se basa en la asunción progresiva de responsabilidades mediante las cuales el médico residente va adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño de su especialidad. Esta adquisición progresiva de competencias implica que debe existir una supervisión suficiente por parte de residentes más avanzados y de los médicos adjuntos de las Unidades correspondientes.

El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, en el capítulo V artículos 14 y 15, sienta las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

1. “El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte del residente. 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”.
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”.
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”.
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”.
5. “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”.

6. “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.”

4.2. OBJETIVOS DOCENTES

ÁMBITOS DE APLICACIÓN (ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL):

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.

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: las guardias de: Cirugía General / guardias de cirugía menor / guardias localizadas de Trasplante, Planta de hospitalización, Actividad quirúrgica programada (quirófanos) y la Consulta externa.

1.-GUARDIA DE CIRUGÍA GENERAL:

Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. Se aconseja realizar entre 5 y 6 mensuales. El calendario de guardias lo establecen los residentes de último año por turno rotatorio, siendo supervisado por el Jefe de la Unidad de Cirugía.

Todos los días a las 8:00 horas se realiza una sesión de pase de guardia en el aula de Cirugía, en la que los residentes salientes de guardia exponen al equipo de guardia entrante los pacientes pendientes de ingreso o de decisión y las incidencias sobre los pacientes hospitalizados.

El residente de Cirugía General realiza guardias de presencia física durante los cinco años de la residencia participando en los turnos de guardia del servicio con nivel de responsabilidad creciente.

La actividad de guardia del residente se inicia a las 15:00 hasta las 8:00, en los días de diario y 24 h los fines de semana, si bien los días que hay disponibilidad pueden atender urgencias en el turno de mañana los días ordinarios.

La jornada de guardia del residente de Cirugía se desarrolla en varios ámbitos donde la asistencia continuada es importante, y no sólo en el Área de Urgencias, como son la planta de hospitalización y el quirófano de Urgencias.

Los objetivos fundamentales en el ámbito de la Urgencia/ Guardia de Cirugía General, son:

- Familiarizarse con situaciones Urgentes que puedan precisar valoración y tratamiento por la Unidad de Cirugía General (Abdomen agudo, paciente con trauma severo, Sepsis...)

- Detección y tratamiento de complicaciones en el postoperatorio, y la identificación de los casos que precisen valoración quirúrgica Urgente, adquiriendo progresivamente el criterio para plantear el alta, el ingreso para observación y tratamiento quirúrgico Urgente.
- Adquirir habilidades relacionadas con la priorización de las situaciones Urgentes.

El residente de Cirugía debe atender los avisos generados en la planta de hospitalización, así como los de los pacientes ingresados en UCI, Hospital de día quirúrgico, URPA, relacionados con el postoperatorio y a requerimiento del personal de enfermería o de otros médicos.

Según los diferentes ámbitos dentro de la Urgencias, se determinan diferentes objetivos y tareas:

Área de Urgencias:

El personal de las guardias de Cirugía General incluye tres cirujanos adjuntos de presencia y dos residentes asignados según la distribución realizada por el Jefe de residentes, supervisado por el Jefe de Unidad.

Las actividades incluyen: asistencia a los enfermos sobre los que se pide consulta desde el servicio de urgencia, contribuyendo a las decisiones de ingreso, alta, traslado u observación.

El objetivo más importante es la realización de cuidadosas historias clínicas, incluyendo interrogatorio, examen físico y revisión de exploraciones complementarias, hasta la formulación de un juicio sobre indicación o no de intervención quirúrgica urgente, o planteamiento del alta con observación domiciliaria o el ingreso.

Quirófano de Urgencias:

La especialidad de Cirugía General y Ap. Digestivo es una de las especialidades troncales, con una carga docente y asistencial importante, que hace preciso la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades en un corto periodo de tiempo, (5 años) en muchas facetas de la cirugía general y de otras especialidades quirúrgicas, para la resolución de múltiples problemas quirúrgicos Urgentes.

Precisamente en el programa de la especialidad se hace mención especial a esta capacitación del cirujano general, relativo a la atención y resolución de patología quirúrgica Urgente.

...". La Cirugía General y del Aparato Digestivo ha de ocuparse del planteamiento inicial y la resolución, hasta cierto nivel de complejidad, de la patología quirúrgica urgente que pertenece, en principio, al campo de acción de otras especialidades quirúrgicas.....y deberá responder al perfil de cirujano general en sentido estricto, con capacidad para asistir problemas urgentes de otras especialidades..."

Conforme al programa de la especialidad, el residente de cirugía debe asistir a los procedimientos quirúrgicos, para ayudar o realizarlos como primer cirujano, en función de su año de residencia.

2.-PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.

Actividades en la sala de hospitalización (Planta e Interconsultas).

Pase de Planta (Hospitalización): Ubicación (Planta 10 y planta 11) Controles A, B y C.

Hora 8:30 a 15:00, acompañado del Cirujano responsable de planta asignado esa semana.

Diariamente, los facultativos de la Unidad con el residente asignado a la Planta, se encargan del pase de visita y de las interconsultas que surgen entre los distintos servicios del hospital.

OBJETIVOS:

- Adquirir conocimientos sobre patología quirúrgica, complicaciones en los postoperatorios, manejo hidroelectrolítico, analgesia, nutrición e infección.
- Aprender procedimientos básicos en el manejo de las heridas, drenajes y estomas.
- Desarrollar habilidades relacionadas con la información a pacientes y familiares y de actitudes como son la capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.
- Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo, respeto y valoración positiva del trabajo de los demás, apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y sus inmediatos responsables.

3.-QUIRÓFANOS.

Todos los días se realiza actividad quirúrgica de la especialidad en varios quirófanos, según la distribución establecida por el comité de Quirófanos, así como un quirófano semanal para cirugía menor ambulatoria.

El inicio es a las 8:30, una vez finalizada el pase de guardia y las sesiones del servicio.

También realizan cirugía de tarde acompañados de un adjunto y repartidas por el jefe de residentes.

Objetivos:

- Contribuir al acto quirúrgico propiamente dicho, como primer cirujano o ayudante,
- Participar en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la cumplimentación del formulario del procedimiento quirúrgico, y la información a familiares y paciente sobre las recomendaciones para su recuperación.
- Familiarizarse con la implantación y difusión del listado de verificación prequirúrgica (Check-list).
- Adquirir y desarrollar habilidades en los diferentes procedimientos quirúrgicos, conforme a su año de Residencia y su itinerario formativo.

4. CONSULTA:

Existen consultas diarias que cubren los miembros de la Unidad. En la consulta existen dos tipos de agendas: una para pacientes nuevos y preferentes, atendidas por el residente y otras que corresponden a consultas de revisión –personalizadas, atendidas por los adjuntos de cada Unidad.

Los residentes realizarán periódicamente esta actividad, fijada según su año de residencia, donde fundamentalmente valorarán pacientes nuevos remitidos desde Atención Primaria u otras Especialidades, con los siguientes objetivos:

- Conocer las diferentes patologías que puedan precisar valoración quirúrgica.
- Desarrollar habilidades en la realización de una Historia clínica completa y Exploración física, que les permita emitir un juicio diagnóstico, proponer las exploraciones complementarias y elaborar propuestas terapéuticas y la posible indicación de cirugía que se derive.
- Familiarizarse con la información a pacientes y familiares sobre los procedimientos quirúrgicos y sus complicaciones y la entrega del Consentimiento informado.
- Conocer los estudios preoperatorios básicos y los dirigidos en función de las patologías de base del paciente.
- Saber formalizar la documentación necesaria para la inclusión de los pacientes en lista de espera quirúrgica.

La consecución de estos objetivos del residente de Cirugía General y Aparato Digestivo, se organizará siguiendo los criterios de los niveles de responsabilidad que describe el Real Decreto de febrero de 2008 (123/2008), estableciéndose tres niveles de responsabilidad en función del año de Residencia:

Nivel de responsabilidad 1 o de responsabilidad máxima: realización en solitario. Son las actividades que el residente puede realizar solo, sin necesitar tutorización directa por un adjunto. Es decir, que el residente realiza la actuación en solitario y después informa a su responsable de lo que ha hecho.

Nivel de responsabilidad 2 o de responsabilidad media: realización con ayuda. Formado por las actividades que el residente puede indicar, pero cuya realización debe estar directamente supervisada por el especialista responsable del área específica donde se actúa.

Nivel de responsabilidad 3 o de responsabilidad mínima: conocer la técnica o ver cómo se realiza. Son las actividades que son realizadas por el especialista, siendo ayudado por el residente en formación o siendo éste un mero asistente al acto.

La asignación de cada nivel vendrá determinada, no sólo el año de residencia sino por la formación previa del residente, su especialidad de origen o la superación de pruebas o evaluaciones específicas y la valoración de los especialistas, del tutor y del Jefe de Unidad. Aunque es de sentido común, cada profesional sanitario, incluidos los residentes, debe saber cuáles son sus límites en cuanto a conocimientos y habilidades.

ACTIVIDADES DE CADA AÑO DE RESIDENCIA EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE APLICACIÓN:

1.-GUARDIA DE CIRUGÍA GENERAL:

PACIENTES HOSPITALIZADOS:

En esta actividad también participa el residente de Cirugía. En todo momento su supervisión estará a cargo del equipo de guardia, independientemente del año de residencia, y será o no presencial a requerimiento del residente en función de dificultad y responsabilidad del acto clínico.

Conlleva ajuste de tratamientos, curas de heridas quirúrgicas, información a familiares y preparación del preoperatorio de los pacientes pendientes de Cirugía.

-Para el residente de 1º año: Grado de supervisión nivel III durante los primeros meses

-Para los residentes de 2º y 3º año: Grado de supervisión nivel II

-En el caso de los residentes de 4º y 5º año, pueden atender los avisos Urgentes de planta, aplicando las guías y protocolos de revisión de la Unidad de Cirugía y con supervisión a demanda por el adjunto responsable. (Grado de supervisión nivel I)

URGENCIA:

Realización de los procedimientos quirúrgicos en Urgencias con grado de supervisión progresiva nivel II-III):

Guardias de Cirugía Menor:

En Sala de Curas:

- Limpieza quirúrgica y sutura de heridas traumáticas.
- Valoración de complicaciones de heridas quirúrgicas.
- Drenajes de hidrosadenitis axilar o inguinal.
- Valoración coloproctológica básica
- Drenaje de sinus pilonidal.

Guardias y rotación en Urgencias:

-Para el residente de 1º y 2º año: su actividad en la Guardia depende del Servicio de Urgencias, por lo que se someterá a los protocolos y normas de funcionamiento del mismo. Su supervisión en este periodo es presencial y llevada a cabo por los médicos de Urgencias y posteriormente por los adjuntos de Cirugía, con grado de supervisión progresiva nivel III –II).

El paso de un nivel a otro será progresivo y dependerá, no solo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y adjuntos responsables, valorando en cada caso, la posible experiencia previa del residente y su evolución.

2.-PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:

Para lograr los objetivos expuestos, en relación con los pacientes Hospitalizados, durante la visita médica, diaria, el residente desarrollará las siguientes tareas:

- Elaboración de los comentarios de evolución diaria para la historia clínica del paciente, realizando un interrogatorio breve, examen físico del paciente hospitalizado y exploración de las heridas y de los drenajes si procede
- Intercambio de información clínica con enfermería para la detección de complicaciones en el postoperatorio
- Solicitud de exploraciones complementarias o de hojas de interconsulta
- Anotación de la evolución clínica y cumplimentación de las órdenes de tratamiento, (Prescripción electrónica)
- Colaborar en la información a familiares.
- Realizar y formalizar los informes de alta, que deben incluir: Resumen de la historia clínica, expresando claramente el diagnóstico principal, las actuaciones terapéuticas, (médicas o procedimientos quirúrgicos), la existencia de comorbilidad o de complicaciones y las recomendaciones al alta.
- Asegurar que se adjuntan al informe de alta las Recetas de la medicación prescrita. Deben ser formalizadas por el Cirujano responsable de planta y la solicitud de cita para la revisión. (Buzón de peticiones)

Para el residente de 1º año: Grado de supervisión nivel III durante el primer año.

Para los residentes de 2º y 3º año: Grado de supervisión nivel II

En el caso de los residentes de 4º y 5º año, pueden pasar la visita, aplicando las guías y protocolos de revisión de la Unidad de Cirugía y con supervisión a demanda por el adjunto responsable. Grado de supervisión nivel I

3.-QUIRÓFANOS:

En el ámbito del quirófano, el Residente de Cirugía deberá realizar las siguientes tareas para lograr los objetivos propuestos:

- Cumplimentar el listado de verificación prequirúrgico (Check-list):
- Revisar la historia clínica y pruebas complementarias.
- Supervisar y confirmar la administración de medicación y profilaxis antibiótica preoperatoria,
- Confirmación alergias.
- Comprobación de lateralidad del procedimiento y marcaje si procede.
- Asegurar las necesidades de reserva de hemoderivados y del material protésico, instrumental, aparataje o técnicas adicionales necesarias para la intervención (radiología intraoperatoria).

El residente participará en el procedimiento quirúrgico, como ayudante primero o segundo y como cirujano principal. Se programarán los procedimientos de acuerdo a su año de formación y con supervisión presencial de todo momento, independientemente del año de Residencia.

Según el programa de la especialidad, se especifican los procedimientos sugeridos, según el año de Cirugía, y quedan recogidos en los calendarios formativos de cada especialidad.

Al concluir la intervención, debe participar en la información a los familiares y a la puesta en común con el anestesista y enfermería de los puntos importantes para la recuperación del paciente (según los ítems del check-list postoperatorio), así como supervisar el traslado adecuado del paciente a REA, Hospital de día o Planta.

En cirugías ambulatorias, elaborar el informe de alta y asegurar la cita de revisión posterior.

BAREMO ORIENTATIVO PARA LA VALORACIÓN DEL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA GENERAL.

Grado 1

- Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática.
- Exéresis de lesiones cutáneas o subcutáneas.
- Laparotomía y su cierre.
- Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar.
- Exéresis de nódulo mamario.
- Exéresis de hidrosadenitis axilar o inguinal.
- Inicio en la Cirugía e la hernia.
- Ayudante en cirugía laparoscópica. Inserción de trócares laparoscópicos
- Cirugía coloproctológica básica.
- Fundamentos de la CMA.
- Cirugía Urgente (Apendicectomías, abscesos...)

Grado 2

- Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática.
- Esfinterotomía anal.
- Hemorroidectomía.
- Exéresis de sinus pilonidal.
- Drenaje de absceso perianal.
- Reparación de hernia inguinal, crural y umbilical.
- Apendicectomía abierta/ laparoscópica.
- Gastroyeyunostomía.
- Píloroplastia.
- Sutura de una perforación ulcerosa.
- Colectectomía abierta.
- Resecciones intestinales segmentaria.

Grado 3

- Fistulectomía anal.
- Apendicectomía laparoscópica.
- Colectectomía laparoscópica.
- Funduplicatura de Nissen
- Esplenectomía.
- Colostomía.
- Ileostomía.

- Hemitiroidectomía.
- Colectomía segmentaria.

Grado 4:

- Hemicolectomía derecha.
- Hemicolectomía izquierda.
- Cirugía de la vía biliar principal.
- Derivaciones biliodigestivas.
- Gastrectomía parcial.
- Tiroidectomía subtotal/ total.
- Miotomía de Heller.
- Paratiroidectomía.
- Funduplicatura de Nissen laparoscópica.
- Abordaje del esófago cervical.
- Adrenalectomía abierta.

Grado 5: Como cirujano principal y primer ayudante en las intervenciones, Grado 5:

- 1º ayudante en Esofaguectomía.
- Gastrectomías
- Amputación abdomino-perineal.
- Cirugía colorrectal laparoscópica
- 1º ayudante / Cirujano en DPC
- 1º ayudante / Cirujano Resecciones hepáticas.
- Reservorios ileoanales.
- Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.).

4.- CONSULTA:

Los residentes realizarán periódicamente esta actividad, fijada según su año de residencia, donde fundamentalmente valorarán pacientes nuevos remitidos desde Atención Primaria u otras Especialidades, para cumplir los objetivos propuestos:

- Formalización de Historia clínica completa.
- Exploración física.
- Emitir un juicio diagnóstico, proponer las exploraciones complementarias y elaborar propuestas terapéuticas y la posible indicación de cirugía que se derive.
- Solicitará el estudio preoperatorio y la consulta preanestésica.
- Cumplimentar los documentos de inclusión en lista de espera y el consentimiento informado específico para la intervención propuesta.
- Participar en las curas de pacientes remitidos a la sala de Enfermería.

-Para el residente de 1º año: (Grado de supervisión nivel III)

-Para los residentes de 2º y 3º año (Grado de supervisión nivel II)

-En el caso de los residentes de 4º y 5º año, pueden realizar consulta de revisión de pacientes ya intervenidos, para familiarizarse con el seguimiento de determinadas patologías, en especial las oncológicas, aplicando las guías y protocolos de revisión de la Unidad de Cirugía y con supervisión a demanda por el adjunto responsable de esa agenda (Grado de supervisión nivel I)

4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE CIRUGIA GENERAL.

SEGÚN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE APLICACIÓN:

1.-GUARDIA DE CIRUGÍA GENERAL:

Siempre que se plantee una indicación de Cirugía Urgente, o ingreso a Cargo de la Unidad de Cirugía, ha de ser supervisado y bajo la responsabilidad de los adjuntos de Cirugía de Guardia, (Grado de supervisión III) independientemente del año de Residencia, así como los conflictos con pacientes y familiares o actuaciones con implicaciones judiciales. Durante el primer año de Residencia la supervisión ha de ser cercana al residente en formación. El paso de un nivel a otro será progresivo y dependerá, no solo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y adjuntos responsables, valorando en cada caso, la posible experiencia previa del residente y su evolución, y las evaluaciones de los especialistas a cargo de la formación, tutor y Jefe de Unidad.

2.-PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Cuando se plantee un alta, surja una complicación que conlleve reintervención, traslado a Unidad de Críticos de un paciente o Exitus; o surja un conflicto con pacientes, familiares, enfermería o médicos de otras especialidades, 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, independientemente del año de Residencia.

3.-QUIRÓFANOS

Cualquier procedimiento quirúrgico debe ser supervisado por el Adjunto responsable del paciente.

Semanalmente la Unidad de CGD dispone de cirugía menor, en programa de tarde, con un cirujano adjunto asignado, a la que acudirán un residente de los primeros años con supervisión presencial de todos los procedimientos, independientemente del año de Residencia.

4.-CONSULTA:

Siempre que se incluya un paciente en Lista de espera quirúrgica, ha de ser supervisado y aceptado por el cirujano adjunto responsable de esa agenda (Grado de supervisión III), independientemente del año de Residencia.

La información sensible, situaciones conflictivas con pacientes o familiares, deben ser abordadas y resueltas directamente por el médico especialista a cargo del paciente.