

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

MADRID

Actualización, Febrero 2023

Dr. Moreno Mata, Nicolás. Jefe de Servicio

Dr. Cabañero Sánchez, Alberto. Tutor de Residentes

Dra. Muñoz Molina, Gemma María

Dr. Saldaña Garrido, David

Dra. Caballero Silva, Usúe

Dra. Fra Fernández, Sara

INDICE DE CONTENIDOS

Introducción.....	3
Objetivos.....	3
Alcance.....	3
Niveles de responsabilidad y supervisión.....	4
Objetivos específicos por rotación.....	6
Supervisión durante las guardias.....	8

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se exponen las tareas, responsabilidades y obligaciones de los residentes y los principales conocimientos, habilidades y actitudes a adquirir para el médico interno residente del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Se detallan las también las responsabilidades y obligaciones de los colaboradores docentes y tutores en la supervisión.

Este protocolo se ajusta a las normas de la Comisión de Docencia de Formación Sanitaria Especializada del HURyC y se asienta legislativamente en la normativa al respecto, recogida en los siguientes documentos:

- 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.
- 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.
- Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008), 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, de donde se extraen los capítulos del deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. Especialmente recogido en: Capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. Artículo 14. El deber general de supervisión. Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.
- El ejercicio de la especialidad de Cirugía Torácica exige el título de Especialista, cuya obtención está regulada por el Real Decreto 127/1984, del 11 de Enero que, además de regular la formación médica especializada, define una serie de normas dirigidas a establecer un control de calidad y garantía de los estudios necesarios para alcanzar la formación en cada especialidad.

OBJETIVOS

El objetivo principal es protocolizar la supervisión de los residentes del Servicio de Cirugía Torácica, garantizando la calidad de la misma. Por otro lado, se busca garantizar una asistencia segura y de calidad a todos los pacientes, respetando las normas éticas y legales de la atención sanitaria. Por último, busca establecer las bases sobre las que sustentar el nivel de supervisión decreciente de las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral de manera que les permita adquirir un nivel de responsabilidad creciente en función de su adquisición progresiva de competencias profesionales.

ALCANCE

Este protocolo afecta a todos los residentes durante su rotación o estancia en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Incluye tanto a aquellos que han obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que se encuentran realizando una rotación debidamente autorizada.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia - en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentran - y con la naturaleza y dificultad de cada actividad a realizar.

Estos dos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan para llevarla a cabo. Se establecen, en línea con lo recomendado en el hospital, tres niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa al profesional responsable.

Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Comprende actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del profesional responsable.

Nivel 3. Responsabilidad mínima / Supervisión de presencia física. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. El residente observa y asiste la actuación del profesional responsable. El residente debe conocer en todo momento quién es y cómo localizar a la persona responsable de su supervisión, solicitando la supervisión necesaria acorde a su nivel de formación y a las actividades que va a llevar a cabo.

La labor de supervisión será llevada a cabo por los distintos tutores y colaboradores docentes del Servicio de Cirugía Torácica. Al inicio de cada jornada laboral, el residente conocerá quién es el responsable de su supervisión, garantizando la presencia física del supervisor con el residente de primer año. La distribución semanal del trabajo, con revisión diaria de la carga asistencial y el personal de plantilla presente por parte del Jefe de Servicio permite garantizar la supervisión de los residentes por los profesionales de plantilla y el conocimiento de los facultativos especialistas de la identidad de los residentes bajo su tutela durante la jornada.

La divulgación del presente documento a través de la intranet, la aceptación por parte de los profesionales de plantilla y la distribución a través de las vías de comunicación habitual del servicio tras la aprobación de la Comisión de Docencia garantizan que todos los profesionales de la plantilla conozcan dicho protocolo, así como sus responsabilidades y obligaciones con respecto a la supervisión de los residentes.

El residente conocerá el presente documento desde la primera reunión con el tutor en el periodo formativo y será informado de las actualizaciones que se lleven del documento. Así mismo, el residente solicitará supervisión y/o ayuda al tutor o al colaborador docente responsable para aquellas actividades que se detallan en el presente documento y siempre que lo consideren necesario (ante manejo de pacientes difíciles, empeoramiento clínico, situaciones sociales y legales complicadas de manejar, llegar al límite de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas, etc.).

En cualquier caso, el adjunto responsable del paciente deberá mantenerse informado de la situación de los pacientes que tenga a su cargo, independientemente de que el residente asuma, en función de su etapa formativa, autonomía en su práctica diaria, supervisando la actividad de todos los residentes bajo su tutela según los términos recogidos en este protocolo y de acuerdo con la legislación vigente. El facultativo especialista será el responsable último de los informes de atención y documentos de los pacientes (informes de alta e informes de seguimiento).

Los niveles de autonomía y responsabilidad podrán ser matizados por el tutor, en función de la madurez formativa del residente y la complejidad de la actividad a desarrollar y el nivel de supervisión requerido en cada momento. En todo caso, el residente tiene derecho a conocer a los profesionales a los que podrá recurrir y consultar cuando lo considere necesario.

1. RESIDENTES DE PRIMER AÑO

En general, la responsabilidad será mínima (nivel 3) y el nivel de supervisión de presencia física, de acuerdo con la normativa y al nivel de conocimientos y experiencia del residente. Las actividades formativas serán las propias del servicio de destino, la práctica clínica cotidiana bajo tutorización y la formación continuada.

Durante este primer año y de forma específica, los residentes estarán acompañados en todo momento por un médico adjunto especialista, que realizará supervisión continua tanto para realizar cualquier exploración como para realizar la historia clínica al paciente durante el primer mes, a partir del segundo mes podrá historiar y explorar a un paciente solo pero deberá consultar todos los aspectos de la visita al médico adjunto especialista, incluida la petición de exploraciones complementarias. El curso clínico deberá ser supervisado siempre por el adjunto. En ningún caso podrá prescribir o informar o firmar un informe de alta o certificado de defunción.

Podrán hacerse excepciones a esta norma solamente en residentes que ya dispongan previamente de un título de especialista en un área afín y tengan en consecuencia experiencia profesional, cuyo itinerario y responsabilidades será adaptado por su tutor, de acuerdo con el residente.

2. RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Durante el segundo año de residencia, la supervisión será de un nivel 2, si bien para algunas actividades que no haya realizado antes precise un nivel 3.

En general, el residente asumirá como propios los pacientes, historiándolos, revisando incidencias y explorándolos. Para exploraciones invasivas tendrá una responsabilidad 3 y deberá contar con la supervisión física de un facultativo especialista. Deberá ser supervisado en el diagnóstico, la prescripción y realización de los informes, consultando la adecuación de solicitud de pruebas. Podrá firmar certificados de defunción supervisado de presencia física por un adjunto especialista, tendrá un nivel 3 de responsabilidad para la información, planificación y realización de informes de alta.

3. RESIDENTES DE TERCER AÑO

El nivel de supervisión seguirá siendo de acorde a sus conocimientos y habilidades alcanzados. En todo momento participarán junto con el adjunto en el aprendizaje necesario de los R1 y R2. En función de su experiencia en cada nivel asistencial tendrá labores con los distintos niveles de responsabilidad

4. RESIDENTES DE CUARTO AÑO

En la primera mitad de este año, el nivel de supervisión seguirá siendo de acorde a sus conocimientos y habilidades alcanzados, creciendo el número de tareas con nivel 1. En la segunda mitad del último año, el residente deberá asumir en su mayoría responsabilidad grado 1 por lo que llevará a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa al profesional responsable. En todo momento participarán junto con el adjunto en el aprendizaje necesario de los R1 y R2.

5. RESIDENTES DE QUINTO AÑO

Su consideración será de jefe de residentes y, en líneas generales, debe realizar tareas de mayor complejidad, incluyendo procedimientos quirúrgicos torácicos de mayor complejidad y riesgo. Su nivel de supervisión será de nivel 1 y actuará como supervisión de residentes menores del servicio y rotantes externos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR ROTACIÓN

A lo largo de las rotaciones que lleve a cabo el residente de acuerdo con el itinerario formativo del Servicio de Cirugía Torácica existen objetivos específicos que deben tenerse en cuenta en la adecuada supervisión por la trascendencia de las mismas en la profesión. Estos objetivos se exponen con mayor detalle en el protocolo docente del servicio.

- R1

C. TORÁCICA (1 MES) Conocer el trabajo diario del cirujano torácico. Elaborar una correcta historia clínica. Realizar una aproximación diagnóstico-terapéutica de los pacientes. Conocer anatomía quirúrgica básica. Adquirir habilidades quirúrgicas básicas. Interpretar adecuadamente los resultados de las pruebas complementarias. Comunicarse e informar con claridad y corrección a pacientes y familiares.

URGENCIAS (1 MES) Conocimiento del funcionamiento de la unidad, protocolos, bases en la atención al paciente agudo y discriminación de patología grave o no. Realización correcta de anamnesis, exploración física y específica por aparatos. Orientación diagnóstica y tratamiento de los motivos de consulta más habituales al servicio de urgencias. Conocer criterios para la solicitud de pruebas complementarias y valoración de sus resultados. Conocimiento de las bases de la reanimación cardiopulmonar. Integración total en la actividad asistencial, con adquisición progresiva de responsabilidad. Relación con equipo de trabajo. Información a paciente y familiares.

C. GENERAL (5 MESES) Medidas generales en quirófano: asepsia, antisepsia, colocación del campo. Conocimientos de fundamentos y procedimientos quirúrgicos. Conocimientos básicos en cirugía esofagogástrica, bariátrica y carcinomatosis. Participación como cirujano/ayudante en la UCMA. Ayudantía en cirugía laparoscópica avanzada de patología esofagogástrica. Participación en cursos de formación de la Unidad e interés por la actividad investigadora. Manejo básico del instrumental en cirugía abierta y laparoscópica.

RADIOLOGÍA TORÁCICA (2 MESES) Interpretación de la radiografía simple de tórax. Indicaciones de la TC en las patologías torácicas más prevalentes. Conocer el trabajo diario del radiólogo torácico. Aproximación a la anatomía radiológica (radiología convencional y TC). Indicaciones de los procedimientos de intervencionismo torácico (diagnóstico/terapéutico). Reconocer complicaciones de intervenciones de cirugías torácicas en pruebas de imagen. Determinar la conducta radiológica a seguir ante un determinado problema clínico, estableciendo un orden lógico de las pruebas de imagen a realizar.

BRONCOSCOPIAS/UNIDAD DE PLEURA (2 MESES) Conocer la anatomía bronquial y sus principales variantes. Indicaciones de broncoscopias diagnósticas y terapéuticas. Participación en la realización de broncoscopias. Conocer y manejar las diversas cánulas traqueales. Conocer los usos y principales indicaciones del broncoscopio rígido. Conocimientos básicos de ecografía pleural. Participación en las técnicas de la unidad de pleura.

- R2

ANESTESIA/UCQ (2 MESES) Conocer el trabajo diario del anestesista. Conocimientos básicos de la ventilación mecánica. Conocimientos del manejo de drogas vasoactivas. Habitación progresiva en el manejo perioperatorio del paciente. Seguimiento del paciente postquirúrgico crítico/no crítico. Adquisición de conocimientos teóricos sobre fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades y síndromes que afectan al paciente crítico. Adquisición de habilidades en los distintos

procedimientos e intervenciones prácticas necesarias para la monitorización y manejo clínico del paciente crítico.

C. TORÁCICA (9 MESES) Iniciarse en el manejo postoperatorio de un paciente de cirugía torácica. Participar como primer ayudante en quirófano. Iniciarse en la técnica de colocación de drenajes pleurales. Colaboración en los diferentes trabajos de investigación del Servicio. Participación en las publicaciones y comunicaciones del Servicio. Asistencia y participación en las sesiones del Servicio. Asistencia a congresos y cursos de formación continuada.

- R3

C. TORÁCICA (11 MESES) Dominar los protocolos diagnósticos y terapéuticos del carcinoma broncogénico. Realizar cirugías sencillas como primer cirujano. Perfeccionar la técnica de colocación de drenajes pleurales. Colaboración en los diferentes trabajos de investigación del Servicio. Participación en las publicaciones y comunicaciones del Servicio. Asistencia y participación en las sesiones del Servicio. Asistencia a congresos y cursos de formación continuada.

- R4

C. TORÁCICA (7 MESES) Asistir y participar en las Consultas Externas del servicio. Empezar a realizar cirugías complejas como primer cirujano. Dominar la colocación de drenajes pleurales y su posterior manejo. Colaboración en los diferentes trabajos de investigación del Servicio. Participación en las publicaciones y comunicaciones del Servicio. Asistencia y participación en las sesiones del Servicio. Asistencia a congresos y cursos de formación continuada.

C. CARDÍACA (2 MESES) Conocer el trabajo diario del cirujano cardíaco. Conocer el manejo postoperatorio del paciente de cirugía cardíaca. Conocer las bases del funcionamiento de la circulación extracorpórea. Participar como ayudante en quirófano . Conocer las indicaciones y el uso de las principales técnicas de asistencia cardiorrespiratorio (ECMO). Conocimientos básicos en cirugía de revascularización coronaria y sustitución valvular. Identificar y tratar con prontitud las arritmias más frecuentes en el postoperatorio.

TRASPLANTE PULMONAR (2 MESES) Conocer las indicaciones y contraindicaciones del trasplante pulmonar. Asistir a las sesiones del equipo de trasplante pulmonar. Participar como ayudante en cirugía de extracción e implante pulmonar. Conocer las indicaciones del uso de asistencias cardiorrespiratorias en el trasplante pulmonar. Conocer consideraciones específicas de las principales patologías que conllevan al trasplante pulmonar. Conocimientos básicos en técnicas de recuperación y preservación de órganos subóptimos. Identificar complicaciones precoces y tardías del paciente sometido a un trasplante pulmonar.

- R5

C.TORÁCICA (9 MESES) Dominar el manejo postoperatorio del paciente de cirugía torácica. Realizar cirugías complejas como primer cirujano. Colaborar en la docencia de los residentes menores. Colaboración en los diferentes trabajos de investigación del Servicio. Colaboración en los diferentes trabajos de investigación del Servicio. Participación en las publicaciones y comunicaciones del Servicio. Asistencia y participación en las sesiones del Servicio. Asistencia a congresos y cursos de formación continuada.

ROTACIÓN EXTRANJERO (2 MESES) Objetivos variables según el lugar escogido.

SUPERVISIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD DE LAS GUARDIAS

El médico residente realiza guardias de urgencias generales durante los 2 primeros años de residencia. En el segundo año y posteriores realiza guardias de especialidad. El médico residente de Cirugía Torácica es supervisado por los adjuntos del área de urgencias durante las guardias generales y por éstos y los de Cirugía Torácica durante las guardias de especialidad.

ESTRUCTURA, ÁREAS Y FUNCIONES DE LA GUARDIA:

La guardia de Cirugía Torácica está compuesta por dos médicos adjuntos del Servicio, en situación de localización, debido a que en nuestro servicio la guardia de presencia, que realizan los residentes, sólo está disponible determinados días al mes previamente programados. El resto de los días del mes, ante cualquier urgencia de alguno de los pacientes ingresado a nuestro cargo, se llamará a la guardia de Medicina Interna para realizar una primera valoración y atención del paciente y, en virtud de los hallazgos, ésta se pondrá en contacto con el adjunto localizado para informarle de la situación del paciente y que éste pueda calibrar la necesidad de personarse para continuar la atención.

La programación de las guardias de un mes determinado, tanto de residentes como de adjuntos, se realiza en la segunda quincena del mes precedente y es comunicada a la Subdirección quirúrgica, a Personal, a la Centralita Telefónica y a Seguridad. Los dos últimos son los encargados de realizar las llamadas telefónicas a los médicos localizados cuando éstos son requeridos.

El médico residente, de presencia, se encuentra localizado a través del teléfono 50364, aquellos días en que esté disponible. El adjunto de guardia localizado se encuentra localizable telefónicamente a través de la Centralita y de Seguridad marcando el teléfono "1" y solicitando que se transfiera la llamada al cirujano localizado.

Las funciones del equipo de guardia de Cirugía torácica durante la guardia incluyen:

1.- Atención continuada de los pacientes hospitalizados a nuestro cargo, respondiendo a llamadas realizadas por enfermería.

2.- Atención continuada de los pacientes hospitalizados a cargo de otros servicios y que requieran de nuestra valoración por presentar patología quirúrgica torácica urgente, respondiendo a llamadas realizadas por enfermería, residentes o facultativos. Esta valoración se solicitará mediante llamada al teléfono busca o mediante solicitud de interconsulta urgente.

3.- Atención de las consultas realizadas por residentes o facultativos desde el servicio de urgencias por patología torácica susceptible de ser tratada por este servicio.

4.- Atención de los pacientes pendientes de ingreso presentes en las áreas de Observación y preingreso.

5.- Atención durante el fin de semana incluyendo pase de planta, solicitud de las pruebas precisas y altas hospitalarias.

6.- Atender a las llamadas desde otros centros hospitalarios y aceptar los traslados desde los mismos.

TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS RESIDENTES

Es responsabilidad del residente el procurar un buen aprovechamiento docente de los casos que atiende en la urgencia estudiando adecuadamente los casos, recurriendo a las fuentes bibliográficas disponibles o que le sean propuestas por los médicos de plantilla, así como solicitar de los médicos adjuntos una adecuada información acerca de los procedimientos o situaciones que no conoce suficientemente. En ningún caso el médico residente debe afrontar sin supervisión procedimientos con los que no esté suficientemente familiarizado y siempre debe contemplar su actividad en la guardia con esa doble perspectiva mencionada docente y asistencial.

Las tareas que el médico residente desarrolla durante la guardia y las responsabilidades que va adquiriendo persiguen lograr un complemento docente y asistencial. La responsabilidad del médico residente durante el horario de atención continuada es progresiva, siendo siempre supervisada por los médicos de plantilla de guardia cada día.

Puesto que es quien hace guardias de presencia, será quien realice la primera valoración de los pacientes. Sus tareas durante la guardia incluyen:

a.- Completar la historia clínica y exploración física de los pacientes atendidos durante las horas de guardia.

b.- Solicitar las pruebas complementarias pertinentes a los pacientes que valore.

c.- Realizar las órdenes de tratamiento de los pacientes a cargo del servicio así como de los pacientes que valore mediante interconsultas.

d.- Realizar procedimientos de cirugía menor, bajo anestesia local.

e.- Preparar los pacientes que precisen cirugía mayor bajo anestesia general, en los que participará como ayudante del cirujano torácico localizado que se personará para realizar dicho procedimiento.

f.- Mantener contacto con el médico de guardia localizado para informarle del desarrollo de la guardia.

g.- Realizar el resumen de la guardia a todos los miembros del servicio a la mañana siguiente.

La supervisión en estos casos podría resumirse de forma general de la siguiente manera: cuando se trata de procedimientos frecuentes con los que está muy familiarizado, como son la actualización de tratamientos, la supervisión de los drenajes torácicos ya colocados, la valoración de las pruebas diagnósticas o el tratamiento de problemas pleuropulmonares que no presenten dificultad y que, en cualquier caso, no requieran de la utilización de anestesia general, el residente los soluciona, informando telefónicamente al médico adjunto antes de la realización de procedimientos invasivos, por si el médico de plantilla considerase necesaria su presencia física. También en el caso de que alguna interpretación de pruebas diagnósticas o actualización de tratamientos presente alguna dificultad adicional para el médico residente, se pone en contacto con el médico adjunto para solicitar una supervisión más directa. Esta se puede realizar telefónicamente en algunos casos o presencialmente en otros.

Gradación de tareas y responsabilidades en función del año de residencia

El residente de cirugía torácica suele realizar algunas guardias de especialidad durante el segundo año de residencia.

El segundo año de residencia es un periodo de adquisición progresiva de habilidades propias de la especialidad. Es, por ello, que durante este periodo, fundamentalmente al inicio, el médico residente va a precisar de una mayor supervisión por parte de los adjuntos de guardia en tareas sencillas hasta que se familiariza con ellas. En ningún caso debe enfrentarse a labores desconocidas por él, que impliquen alguna dificultad, sin la supervisión directa del adjunto responsable. De forma progresiva durante el segundo año y en el tercero, el residente realiza esas tareas y técnicas sencillas con una supervisión no presencial, manteniendo informado al médico adjunto de dichas actividades. En este periodo del segundo y tercer año de residencia, la participación del residente en los quirófanos que requieren anestesia general del paciente, está limitada a ayudar a los adjuntos de guardia, generalmente de segundo ayudante, dados la complejidad y riesgo de algunos de estos procedimientos.

En el cuarto año, el residente ya está muy familiarizado con la mayoría de los procedimientos y técnicas de la especialidad, por lo que la supervisión presencial del adjunto es bastante menos necesaria. Existe un alto grado de comunicación para tener al corriente al adjunto de las contingencias de cada guardia. En el caso de los procedimientos que requieren anestesia general, el residente se encuentra siempre acompañado presencialmente por él o los adjuntos. El grado de responsabilidad

que se le asigna al residente de cuarto año en quirófano es mayor, aunque muy limitado aún por la gravedad de las situaciones.

Durante el quinto año se llega a un mayor grado de responsabilidad del médico residente. Aunque el médico localizado está correctamente informado de las actividades de la guardia de presencia y es el que en última instancia decide sobre la conveniencia de su presencia en el hospital, el residente es mucho más autónomo en lo referido a la realización de tareas y técnicas habituales de la especialidad. En el quirófano adquiere una mayor destreza y grado de responsabilidad durante este periodo.

TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MÉDICO ADJUNTOS LOCALIZADOS

Las guardias de los médicos de plantilla de Cirugía Torácica son localizadas, existiendo dos adjuntos cada día de guardia.

El médico adjunto es el que asume la responsabilidad de la guardia y de la supervisión de los procedimientos que en ella desarrollan los residentes. Para ello es necesario tener un conocimiento de los hechos que acontecen durante el periodo de atención continuada. Esta información se obtiene de las reuniones de pase de guardia ya comentadas, de las llamadas que recibe del personal del hospital de presencia física y del contacto telefónico que mantiene con el residente de guardia durante el periodo de atención continuada.

Dado que el residente no cuenta con supervisión directa durante el primer año, no realiza guardias en el servicio hasta el segundo año de residencia, entendiéndose que durante el primer año ha adquirido formación y entrenamiento clínico suficiente para que no hay que supervisar de manera directa y personal todas sus actividades.

Cuando los residentes se encuentran en el inicio de su periodo formativo, es tarea del médico adjunto llevar a cabo una supervisión más estrecha, presencial en muchos casos, ante la realización de procedimientos con los que el residente no se encuentra muy familiarizado. El médico adjunto de guardia localizada estará disponible para atender las llamadas del médico residente y debe transmitirle la confianza para recurrir a él en tantas cosas como sean necesarias y la obligación de mantenerle al tanto de las incidencias de cada guardia.

La supervisión puede ser telefónica cuando implica actitudes con las que el médico residente está familiarizado o presencial atendiendo a la complejidad del proceso y al grado de madurez de los residentes a los que supervise. Es decir, en caso de ser requerido por el residente, el adjunto localizado se personará en el hospital.

En ocasiones puede ocurrir que ante la presentación de un caso que el residente considere estar preparado para interpretar, el adjunto considere que es necesaria una supervisión presencial por la gravedad del caso o por otras consideraciones. En estos casos es la consideración del adjunto la que debe prevalecer y debe hacerlo notar al residente. En ningún caso debe ocurrir que el residente afronte casos para los que no está preparado sin una supervisión presencial del adjunto.

También es responsabilidad del adjunto la realización de los procedimientos quirúrgicos que impliquen la necesidad de trasladar el paciente a quirófano y someterle a anestesia general. Durante las intervenciones de urgencia, el adjunto enseña al residente los procedimientos quirúrgicos especiales en la urgencia y, de una forma progresiva, le ayuda a poner en práctica las técnicas, siempre de manera segura para el paciente.

Patologías, técnicas y procedimientos que deben ser supervisados por el adjunto

Aunque resulte algo repetitivo, es preciso dar énfasis al hecho de que el residente nunca debe realizar procedimientos ante los cuales no se encuentre familiarizado, siendo en estos casos precisa la supervisión directa de un adjunto de guardia, siendo generalmente el de la propia especialidad, aunque en algunas ocasiones es el adjunto de otra especialidad (procedimientos “frontera” entre especialidades, atención al paciente politraumatizado, etc). También es preciso hacer énfasis en el hecho de que el residente debe informar con anterioridad al adjunto de los casos que se presentan y de los procedimientos propuestos, para que sea el adjunto el que determine la conveniencia o no de la supervisión directa.

De forma concreta, todos los procedimientos con anestesia general deben ser supervisados presencialmente por un médico adjunto, así como otros en los que no sea preciso la práctica de anestesia general, pero que por la complejidad del caso, el médico responsable considere que es necesaria su presencia o que el residente no se encuentra aún preparado para afrontarlo sin supervisión directa, como es el caso de algunos drenajes torácicos complejos o en pacientes críticos.

La supervisión directa no se circunscribe exclusivamente a la realización de procedimientos quirúrgicos. También es conveniente en casos de difícil interpretación de datos clínicos o de pruebas diagnósticas con las que el residente no está familiarizado. La supervisión directa por parte del especialista en Cirugía Torácica o de otros especialistas de presencia (radiodiagnóstico, neumología, anestesia, cuidados intensivos, cirugía general, cirugía cardíaca...) según las características de cada caso, es esencial. Como siempre, una adecuada comunicación con el adjunto localizado es la que posibilita una acertada decisión en cada caso.

Situaciones, patologías, técnicas o procedimientos por las que deberá ponerse en contacto el residente con el adjunto localizado.

Dadas las características de los pacientes y patologías en los que es precisa una intervención de urgencias en nuestra especialidad, en la mayoría de los casos debe tener conocimiento el adjunto de lo que ocurre y de los pasos que se van a dar. Excepciones a esta regla general son los casos de contusiones simples del tórax, fracturas no complicadas aisladas o procedimientos en los que se reclama la evaluación del residente pero en los cuales la intervención de nuestro servicio es marginal o se trata de evaluación de pruebas diagnósticas sencillas, como en el caso de derrames tratados por neumología, interpretación de datos analíticos de derrames pleurales, valoración de neumotórax mínimos o de otras radiografías o TC torácicos sencillos, valoración previa de pacientes oncológicos, etc. En este último caso, el residente debe recopilar la información necesaria para presentar el caso en el comité de cáncer de pulmón. Cuando se trata de procesos más complejos, el residente debe ponerse en contacto con el adjunto para informarle acerca del caso en concreto y decidir que tipo de supervisión es necesaria y por parte de quien, así como los servicios que deben implicarse en el caso.

Procedimientos que garantizan una adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente en la guardia

Como ya ha sido comentado previamente, el adjunto de cirugía torácica cuenta para su localización con su teléfono móvil personal. Siempre contará con dos adjuntos de referencia. La reunión matutina tras el pase de visita que diariamente se realiza en el aula de la planta 10ªC sirve para la puesta al día de los incidentes del día anterior y la planificación, si procede, de la guardia que comienza. Al final de la jornada de trabajo se produce una actualización de la situación de los pacientes hospitalizados y de los que están en urgencias con el mismo propósito. En los días en que hay un residente de presencia física, los métodos mencionados (teléfonos móviles) de los dos adjuntos localizados, garantizan una adecuada comunicación entre el residente y el staff de guardia.

Procedimientos que garantizan un contenido docente derivado de la actividad en las guardias

Las reuniones ya mencionadas que se tienen en la planta 10ª C al principio y final de la jornada de trabajo tienen, además del interés informativo ya mencionado, un claro objetivo docente, con la puesta en común y discusión de los casos atendidos y los casos que se estén tratando entre los miembros del Servicio. Durante estas reuniones el residente debe ser capaz de comentar con precisión y concreción los casos atendidos y argumentar las decisiones adoptadas. Durante el horario de

atención continuada, la discusión razonada de los casos por vía telefónica o directamente en los casos en los que sea necesario, garantiza una adecuada docencia según las necesidades de cada situación. El Médico adjunto comentará los casos con el residente, discutiendo conjuntamente los diagnósticos diferenciales, la orientación y toma de decisión terapéutica de todos los problemas planteados. Se completará el proceso docente con el seguimiento de los pacientes ingresados hasta su alta. Un caso aparte es la realización de guardias por parte del médico residente en días festivos. La guardia comienza con una conversación con el médico de guardia localizado, en la que éste último informa al residente sobre las novedades ocurridas y los trabajos que se deben realizar, dando las indicaciones oportunas sobre la forma de realizar las tareas. Las otras incidencias que ocurran durante el día son comunicadas por parte del residente al médico adjunto telefónicamente de igual forma que en los días laborables, siendo supervisados de la forma ya expuesta.

Mención aparte merece comentar que la actividad en el quirófano durante la guardia sigue los mismos principios docentes que la formación quirúrgica en la cirugía programada, con una progresiva adquisición de responsabilidad del residente y siempre con supervisión directa del médico adjunto. También es preciso hacer notar que el contenido docente de la guardia no se circunscribe únicamente a la docencia impartida por los médicos de cirugía torácica, dado que durante la guardia, el residente mantiene un estrecho contacto habitual con otros staff como anestesistas, intensivistas, médicos de urgencias, por citar algunos, de los que obtiene un respaldo docente esencial en su formación integral.

En otro orden de cosas y cuando la actividad de la guardia lo permite, el horario de atención continuada es aprovechado por el residente para realizar actividades de formación e investigación como la revisión de casuísticas, elaboración de publicaciones y comunicaciones o el estudio de la bibliografía de la especialidad.

Aspectos organizativos y administrativos

Las guardias del mes siguiente se programan el día 20 de cada mes y son entregadas en los departamentos pertinentes. Si existiesen cambios en dicha programación se harán según las normas establecidas por la Dirección del hospital. En lo relativo a la firma de informes, los residentes de primer año nunca firman informes de alta de la especialidad sin la supervisión presencial de un adjunto de la especialidad o de urgencias. Los residentes mayores, en los casos establecidos sí lo podrán hacer, respetando siempre las normas de supervisión ampliamente comentadas en este informe. En el resto de casos, será el médico adjunto, de forma presencial, el que firmará los informes.

En lo relativo a los casos en los que exista actuación por parte de organismos judiciales, siempre será el médico adjunto el que realice las comunicaciones oportunas a dichos organismos.

Evaluación de la actividad del residente en las guardias

La evaluación de la actividad del residente en las guardias se produce de forma continua, gracias al alto nivel de comunicación existente que posibilita un adecuado feed-back de forma constante. El resultado de dicha evaluación proporcionada por todos los médicos del Servicio con responsabilidad directa en la guardia queda recogida en la evaluación anual del residente. Los datos concretos relativos a la actividad del residente se recogen en la memoria anual de éste, a disposición de Docencia.