

 Hospital Universitari Sant Joan IELUS	Protocolos de Supervisión y adquisición progresiva de responsabilidades del residente	Revisión Data Pàg. 1/23
	CDMIR_PROT	

**PROTOCOLS DE SUPERVISIÓ I D'ADQUISICIÓ PROGRESSIVA DE
RESPONSABILITATS DEL RESIDENT.**

CIRURGIA GENERAL I DE L'APARELL DIGESTIU

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN

Realitzat per Els tutors de cada especialitat	Aprovat per : Comissió de Docència	Vistiplau Dr. José Augusto Garcia Navarro Director Gerent
2010 / 2011		

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Los niveles de responsabilidad que el residente alcanzará durante su formación se definen de menor a mayor de la siguiente forma

NIVEL 3. NIVEL DE MENOR RESPONSABILIDAD.

Se refiere a un nivel de aprendizaje básico en el que el residente aprende atendiendo las explicaciones u observando las actividades realizadas por el adjunto. En este nivel, el residente no tiene ninguna responsabilidad y actúa exclusivamente como observador o asistente.

NIVEL 2. NIVEL DE RESPONSABILIDAD INTERMEDIA.

Se refiere a las actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable. En este nivel el residente está obligado a comentar con el adjunto todas aquellos procesos que se encuentran fuera de la normalidad

NIVEL 1. NIVEL DE MAYOR RESPONSABILIDAD.

Se refiere a las actividades que el residente realiza directamente sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y valida su acción y solamente consulta el adjunto aquellas situaciones que considera necesarias

1)

PROTOCOL D'ADQUISICIÓ PROGRESSIVA DE RESPONSABILITATS DELS RESIDENTS DE L'ESPECIALITAT DE CIRURGIA GENERAL I DEL APARATO DIGESTIVO (PLANTA)

2)

MEMORIA SOBRE LA SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN URGENCIAS DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA

**PROTOCOL D'ADQUISICIÓ PROGRESSIVA DE
RESPONSABILITATS DELS RESIDENTS DE
L'ESPECIALITAT
DE CIRURGIA GENERAL I DEL APARATO DIGESTIVO
(PLANTA)**

1. **Introducció**
2. **Aspectos previos**
3. **Generalidades**.....
4. **Residente de primer año**
5. **Residente de segundo año**.....
6. **Residentes de tercer a quinto año**

1. INTRODUCCIÓN:

Aunque la supervisión de la formación del MIR es inherente al sistema de formación postgrado de nuestro país, no es hasta la publicación del 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 (Decreto conocido como de formación especializada), en el que se recoge de forma taxativa la necesidad de existencia en cada centro de un plan de supervisión de la responsabilidad progresiva del residente en el que se recoja de forma explícita la asunción progresiva de responsabilidades de la especialidad, en el que se indica de forma textual:

“La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicio 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”.

La mencionada normativa adjudica a las comisiones de docencia locales la elaboración de este plan de supervisión, y es por ello que se propone el siguiente protocolo de supervisión de los residentes en el Servicio de Urgencias, por ser esta un área de las de mayor actividad formativa dentro del Centro. El presente protocolo se ha elaborado a partir del propio Real Decreto, de documentos previos y de la aportación de otros protocolos vigentes en diferentes centros.

2. ASPECTOS PREVIOS:

MÉDICO RESIDENTE: En la definición legal de MIR se destacan dos notas características esenciales: La práctica profesional programada y supervisada y la adquisición progresiva de conocimientos y responsabilidad. De la legislación existente al respecto se pueden decir los siguientes principios generales que guiarán el presente plan de supervisión:

- La doble vertiente docente y laboral de su vinculación con el Hospital.
- El derecho y la obligación de desarrollar correctamente su plan de formación, ampliando de forma progresiva su nivel de responsabilidad. Para ello contarán con la tutela, orientación y supervisión de su labor asistencia y docente en el grado adecuado a cada situación.
- Posibilidad de acudir a congresos, cursos y conferencias que puedan contribuir a su mejor cualificación.
- Dedicación exclusiva de su actividad médica a la institución.
- El derecho a la expedición de certificados en que conste la formación recibida.
- Gozar de los beneficios de la Seguridad Social.
- La aceptación de los mecanismos de evaluación que establezca la Comisión de Docencia y la Comisión Nacional de su Especialidad.
- La obligación de desarrollar labores asistenciales que le sean encomendadas por el Jefe de Servicio al que esté adscrito y, en su caso, por la Comisión de Docencia.

El MIR en ningún caso podrá considerarse un estudiante ya que es un médico, siendo su derecho el de recibir docencia y supervisión y su deber, prestar una labor asistencial. Aunque siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo del paciente deberá pedir ayuda, en el momento que considere oportuno. La responsabilidad legal del acto médico (en Urgencias

y en el resto del Hospital) recae en el MIR sí es éste quién lo ha realizado, ya que la titulación exigida para pertenecer al Servicio de Urgencias es la de licenciado en medicina, por lo que en particular en Urgencias se actúa como médico general no como médico en formación, aunque “se valorará” y se tendrá en cuenta el grado de esponsabilidad según el año de residencia. En todo caso, tiene obligación de consultar cualquier duda con el médico adjunto responsable en ese momento. Sí lo ha hecho, la responsabilidad será compartida con éste.

MEDICO TUTOR DE RESIDENTES Y COORDINADOR:

Sus funciones serán las siguientes:

1. Organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para especialistas, el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas y supervisión de la aplicación práctica de la formación y programación anual.
2. Propuestas de planes individuales para cada especialista con la supervisión de los mismos.

3. GENERALIDADES

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 encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Asimismo, se consideran 3 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia, el segundo y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Si bien se establecen niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada periodo formativo, es evidente que los conocimientos y las habilidades del residente progresan con el paso del tiempo.

Tabla 1: baremo orientativo para la valoración del grado de Complejidad de las intervenciones quirúrgicas en cirugía general y del aparato digestivo

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

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

Grado 3. Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colectomía laparoscópica. Funduplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.

Grado 4. Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Mastectomía radical modificada. Tiroidectomía subtotal/total. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía.

Funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje del esófago cervical.
Adrenalectomía abierta.

Grado 5. Esofagectomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal.
Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales.
Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc...). Trasplante hepático.

Tabla 2: Niveles de responsabilidad

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. Solicita supervisión si lo considera necesario.

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. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.

Nivel 3. Responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

Tabla 3: Responsabilidad / año residencia / actividad

	Sala d'hospitalització	Consultes externes	Intervencions quirúrgiques
R1	Nivell 3	Nivell 3	Nivell 2- Grau 1
R2	Nivell 2	Nivell 2	Nivell 2 Grau 1 y 2
R3	Nivell 2	Nivell 2	Nivell 2- Grau 1 a 3
R4	Nivell 1	Nivell 1	Nivell 2- Grau 1 a 4
R5	Nivell 1	Nivell 1	Nivell 2- Grau 1 a 5

4. RESIDENTE DE 1º AÑO DE CIRUGÍA GENERAL

Este primer año de residencia debe ser cumplido dentro del propio servicio de cirugía 5 meses, otros 4 meses rotará por diferentes servicios centrales del hospital y el último trimestre por el servicio de cirugía vascular del Hospital Joan XXIII de Tarragona. (*Apartado 4.1 "Rotaciones" de la guía MIR de nuestro centro*). Los objetivos de estas rotaciones se encuentran desarrollados en el apartado 12.1 de la guía MIR del centro (*7-1 OBJETIVOS ESPECIFICOS Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD DE LAS ROTACIONES EN LA ESPECIALIDAD DE CGAD*).

Cada residente, en el momento de su incorporación a nuestro servicio, tendrá asignado un tutor (es el mismo para los cinco residentes que tiene acreditado el servicio) que esta especialmente capacitado, motivado y acreditado por el IES (Institut d'Estudis de la Salut). En estos momentos es el Dr. J.J. Sánchez Cano. El tutor es el responsable de la Organización de la formación del residente así como de su evaluación, según la norma vigente. El tutor no tiene por qué ser el responsable docente del residente, ésta

responsabilidad recaerá sobre los médicos del staff de cada equipo quirúrgico por el que se encuentre rotando el residente. Cuando el residente se encuentre realizando una rotación externa, es decir, por otras especialidades, quedará bajo la tutoría delegada de un miembro del servicio por el que se rote (normalmente el tutor acreditado por el IES de ese servicio).

Como norma general, y según lo recogido en las tablas 1, 2 y 3 de este documento, el residente de 1º año de cirugía gozará de un nivel de responsabilidad 3 en la sala de hospitalización, un nivel 3 en consultas externas, de un nivel 3 en las cirugías de grado 2 y 3 y de un nivel 2 en las cirugías de grado 1.

Durante todo el primer año el residente será entrenado, con responsabilidad progresivamente creciente y control tutorial decreciente, en la realización de la historia clínica, el examen físico y la investigación complementaria del paciente quirúrgico, con una utilización eficiente (que tenga muy en cuenta la relación coste/beneficio para el paciente y para el hospital) de las modernas técnicas de diagnóstico mediante imágenes. En este sentido consideramos los siguientes niveles de responsabilidad y necesidades de supervisión del R1:

Tabla 4.

Anamnesis y exploración física	Nivel 1
Solicitud de pruebas diagnósticas básicas*	Nivel 1
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales **.	Nivel 2
Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 2***
Realización/informe de procedimientos diagnósticos o terapéuticos	Nivel 1, 2 ó 3****
Información a paciente/familiares	Nivel 1
Decisión de alta hospitalaria	Nivel 2***
* Analítica y radiología simple / Ecografía	
** Radiología compleja (TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones	
*** Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.	
**** El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento. El nivel 1 sólo será aplicable a procedimientos de muy baja complejidad.	

El residente será entrenado, también, en la exposición oral de la historia clínica y de los resultados de la exploración de los pacientes, de cuyos cuidados se encarga subsidiariamente, consecuencia, esta historia clínica por él escrita, de la historia relatada por el paciente, con el que aprenderá a mantener la actitud apropiada para conseguir una humana intercomunicación.

En esta fase de la formación clínica se instruirá al residente en la importancia que tiene plantear la discusión de las indicaciones quirúrgicas y, en su momento, de las opciones técnicas, de acuerdo con el problema o los problemas clínicos concretos que presenta cada paciente y que se intentan resolver, y todo ello de forma integrada con los distintos servicios hospitalarios, en sus diversas especialidades.

Es también muy importante, en este primer año de su formación, que el residente aprenda a considerar en toda indicación quirúrgica, así como en la Opción técnica escogida para el tratamiento, la relación riesgo/beneficio para el paciente, con una evaluación crítica de la asociada morbilidad/mortalidad, así como de los resultados que puedan ser obtenidos, a medio y a largo plazo, por la intervención quirúrgica planteada, facilitando la mayor información posible al paciente.

En esta línea formativa, es también fundamental la participación progresiva del residente en el seguimiento periódico en el dispensario o en la policlínica para consulta ambulatoria del servicio de los pacientes operados, según protocolos previamente establecidos, que tengan en cuenta tanto los resultados objetivos (valorados por el cirujano o, mejor, por otro médico ajeno a la intervención quirúrgica) como los subjetivos (valorados por el propio paciente, según baremos acreditados).

Durante el primer año el residente será también entrenado en el cumplimiento exigente de las técnicas asépticas y antisépticas dentro del área operatoria, incluidas en éstas la preparación del paciente y del equipo quirúrgico para el acto operatorio. (Intervenciones quirúrgicas de grado 1 de complejidad, en las que el residente tendrá un nivel de responsabilidad progresiva del 3 al 2 al final del R1)

Iniciará su participación como segundo ayudante en los equipos quirúrgicos, tanto en cirugía electiva como urgente, en intervenciones más o menos complejas (Tabla 1, intervenciones quirúrgicas grados 4 y 5), y como primer ayudante en las intervenciones quirúrgicas más simples (Tabla 1, grados 1, 2 y 3). El objetivo de esta precozmente iniciada formación en la técnica quirúrgica es que al final del primer año el residente puede realizar directamente como primer cirujano intervenciones de grado 1 y también algunas de grado 2, aunque estas últimas asistido, todavía muy de cerca, por el cirujano responsable. Se recomienda la organización de seminarios especialmente dedicados al aprendizaje de la técnica quirúrgica, especialmente métodos de suturas manuales y mecánicas, en modelos inanimados y animados.

Con respecto a su formación técnica, en la Tabla 5 se recogen una serie de procedimientos que, tanto en el área de hospitalización como en la operatoria, el residente debe saber hacer (destrezas) con eficiencia, al terminar el primer año, tras el apropiado entrenamiento programado.

Tabla 5.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS QUE EL RESIDENTE EN CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DEBE SABER REALIZAR AL TERMINAR SU PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Historia clínica del paciente, identificando sus problemas. Exploración física del paciente. Exposición oral de la historia clínica. Ordenar exploraciones complementarias preoperatorias. Colocar una sonda nasogástrica. Colocar un catéter intravenoso. Colocar una sonda vesical por vía uretral. Colocar un catéter venoso central. Redactar una hoja operatoria. Ordenar un tratamiento postoperatorio inmediato. Controlar la reposición de líquidos y electrolitos. Controlar una nutrición parenteral. Diagnosticar complicaciones postoperatorias. Tratamiento de las heridas operatorias y sus complicaciones. Realizar una anestesia local. Realizar limpieza quirúrgica y suturas de partes blandas. Realizar técnicas antisépticas y asépticas en el área operatoria. Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico. Preparar el campo operatorio. Técnicas quirúrgicas de grado I. Técnicas quirúrgicas de grado II con tutor. Tratamiento de una parada cardiorrespiratoria. Realizar una intubación orotraqueal. Realizar una traqueotomía. Extraer un drenaje. Redactar un informe de alta del paciente.

Desde el momento de su incorporación al servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, el residente será incluido en los equipos de guardia de dicho servicio. Este entrenamiento en la práctica de la cirugía de urgencia, dentro de un ámbito en el que confluyen en el espacio y en el tiempo diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, además de la CGAD, debe considerarse fundamental para la formación de un cirujano general y del aparato digestivo, por lo que se aconseja un número de 4 guardias al mes durante todo el período formativo.

5. RESIDENTE DE 2º AÑO DE CIRUGÍA GENERAL

Este segundo año de residencia en nuestro hospital, tal y como se recoge en el apartado 4.1 "Rotacions" de la guía MIR de nuestro centro, el residente estará 6 meses en el servicio de cirugía general y, los otros 6 meses, los empleará para las rotaciones de UCI en nuestro hospital y cirugía torácica en el hospital de Bellvitge de l'Hospitalet de Llobregat de Barcelona. Para que estas rotaciones externas sean estimulantes y útiles para el residente han de realizarse siguiendo un programa de objetivos concretos, establecido entre el servicio de CGAD y el servicio que corresponde a la especialidad médica o quirúrgica implicada en la rotación. En el apartado 7-1 *OBJETIVOS ESPECIFICOS Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD DE LAS ROTACIONES EN LA ESPECIALIDAD DE CGAD* de la guía MIR de nuestro centro se recogen los objetivos detallados para estas rotaciones externas.

La suma total de estos periodos de rotación externa será de 16 meses, por lo que los 3 meses que sobrepasan el segundo año de residencia serán aplicados a una rotación opcional al final y principio del R4-R5. Se aconseja a los residentes que esta rotación se haga por una unidad de cirugía hepática dada la carencia de esta superespecialidad en nuestro centro.

Corresponde al tutor seguir los progresos y remediar las posibles dificultades del residente durante estas rotaciones externas, así como aconsejarle en la elección de la rotación opcional teniendo en cuenta la falta de algunas superespecialidades en nuestro servicio. Mientras el residente cumple las rotaciones externas al servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo seguirá integrado en los equipos de guardia de esta especialidad con opción de realizar alguna guardia remunerada por nuestro centro cuando la rotación se realiza en otro hospital.

Como norma general, y según lo recogido en las tablas 1, 2 y 3 de este documento, el **residente de 2º año de cirugía** gozará de un nivel de responsabilidad 2 en la sala de hospitalización, un nivel 2 en consultas externas, de un nivel 2 en las cirugías de grado 1 y 2 y nivel 3 en las cirugías de grado 3, 4 y 5.

TABLA 6

Anamnesis y exploración física	Nivel 1
Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 1
Realización/informe de procedimientos diagnósticos o terapéuticos	Nivel 1, 2 ó 3*
Información a paciente/familiares	Nivel 1
Decisión de alta hospitalaria	Nivel 2

* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

RESIDENTE 3º A 5º AÑO DE CIRUGÍA GENERAL

El tercer año se integrará definitivamente a las actividades del servicio de CGAD. A partir de este tercer año se programará por el tutor una flexible rotación interna por las áreas de

especial interés que existan como tales en el servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (apartado 4-1 “Rotacions” de la guía MIR del centro), con un doble objetivo:

- a) En primer lugar, conseguir la óptima formación para un cirujano general sensu strictu, capaz de asumir sus funciones y responsabilidades en un hospital de nivel comarcal, al terminar su residencia.
- b) En segundo lugar, y especialmente durante el quinto año de residencia, iniciar una formación específica complementaria en una de las áreas de especial interés del servicio, con una programación de sus actividades especialmente preparada por su tutor.

Con la finalidad de completar la formación del residente en la asunción de responsabilidades y en el proceso de toma de decisiones, durante el quinto año, los residentes que hayan conseguido en los cuatro años anteriores una evaluación positiva podrán ser considerados como “jefe de residentes”. Este actuará, bajo la supervisión del tutor y los demás cirujanos del servicio y, muy especialmente en esta fase final de su formación, del jefe de servicio, con responsabilidades similares a las de un médico adjunto o puesto hospitalario equivalente, en las áreas de consulta externa, hospitalización, quirófanos y urgencias. De modo específico, deberá mostrarse muy activo en la formación de los residentes de los cuatro primeros años del programa. En cuanto a la formación en la técnica operatoria durante los tres últimos años de su residencia, el residente irá avanzando progresivamente en los grados de complejidad quirúrgica frente a los que irá asumiendo, con el suficiente control, la responsabilidad como primer cirujano del equipo. Para las intervenciones de los grados 3, 4 y 5, (Tabla1) la asistencia repetida como primer ayudante es la que desbroza insensiblemente el camino que permite llegar a realizarlas como cirujano responsable. Esta formación en la técnica quirúrgica debe ser documentada y acreditada por el tutor, por el jefe del servicio y por la Comisión de Docencia del hospital. Más que fijar un número determinado de intervenciones que deba haber realizado el residente al terminar su formación, debe quedar constancia escrita y certificada de que se ha cumplido de modo razonable este objetivo, con un equilibrio entre el número y la variedad de la patología intervenida quirúrgicamente.

**MEMORIA SOBRE LA SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD
PROGRESIVA DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN
URGENCIAS DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA**

Hospital Universitari
Sant Joan de Reus

Julio de 2016

Joan Domenech
[Dirección de correo electrónico]

INDICE

INDICE.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. ASPECTOS PREVIOS	2
MÉDICO RESIDENTE.....	2
MEDICO TUTOR DE RESIDENTES.....	3
3. GENERALIDADES.....	3
4. ORGANIZACIÓN ACTUAL DE NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS	5
Unidad de “Atención Rápida”	5
Unidad de “Urgencias Generales”	5
Unidad de “Observación de urgencias”	6
Unidad de “Traumatología de Urgencias”	6
Unidad de “Urgencias Pediátricas”	6
5. ESTRUCTURA GENERAL DE LA GUARDIA DE CIRUGÍA	7
6. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE PRIMER AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS	7
OBJETIVOS DOCENTES DURANTE ESTE PERIODO:.....	7
HABILIDADES A ADQUIRIR DURANTE ESTE PERIODO	8
ADQUISICIÓN PROGRESIVA DE RESPONSABILIDAD DURANTE	9
ESTE PERIODO	9
7. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE SEGUNDO AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS	10
OBJETIVOS DOCENTES Y HABILIDADES A ADQUIRIR DURANTE ESTE PERIODO.	10
ADQUISICIÓN PROGRESIVA DE RESPONSABILIDAD DURANTE ESTE PERIODO.	11
8. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE TERCER AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS.....	11
9. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE CUARTO AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS	11
10. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE QUINTO AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS.....	11

1. INTRODUCCIÓN

Aunque la supervisión de la formación del MIR es inherente al sistema de formación postgrado de nuestro país, no es hasta la publicación del 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 (Decreto conocido como de formación especializada), en el que se recoge de forma taxativa la necesidad de existencia en cada centro de un plan de supervisión de la responsabilidad progresiva del residente en el que se recoja de forma explícita la asunción progresiva de responsabilidades de la especialidad, en el que se indica de forma textual:

“La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicio 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”.

La mencionada normativa adjudica a las comisiones de docencia locales la elaboración de este plan de supervisión, y es por ello que el HUSJR había aprobado un protocolo de supervisión del residente en el Servicio de Urgencias, por ser esta un área de las de mayor actividad formativa dentro del Centro. Debido a la evolución en la actividad de urgencias del hospital y también por los cambios organizativos en la atención continuada del hospital, se ha realizado una revisión del protocolo de supervisión de urgencias del residente de Cirugía general del cual el centro

El presente protocolo se ha elaborado a partir del propio Real Decreto, de documentos previos y de la aportación de otros protocolos vigentes en diferentes centros, y actualiza la situación actual de las urgencias en el Hospital Universitario de Sant Joan de Reus a partir de julio de 2016

2. ASPECTOS PREVIOS

MÉDICO RESIDENTE

En la definición legal de MIR se destacan dos notas características esenciales: La práctica profesional programada y supervisada y la adquisición progresiva de conocimientos y responsabilidad.

De la legislación existente al respecto se pueden decir los siguientes principios generales que guiarán el presente plan de supervisión:

- La doble vertiente docente y laboral de su vinculación con el Hospital.
- El derecho y la obligación de desarrollar correctamente su plan de formación, ampliando de forma progresiva su nivel de responsabilidad. Para ello contarán

con la tutela, orientación y supervisión de su labor asistencia y docente en el grado adecuado a cada situación.

- Posibilidad de acudir a congresos, cursos y conferencias que puedan contribuir a su mejor cualificación.
- Dedicación exclusiva de su actividad médica a la institución.
- El derecho a la expedición de certificados en que conste la formación recibida.
- Gozar de los beneficios de la Seguridad Social.
- La aceptación de los mecanismos de evaluación que establezca la Comisión de Docencia y la Comisión Nacional de su Especialidad.
- La obligación de desarrollar labores asistenciales que le sean encomendadas por el Jefe de Servicio al que esté adscrito y, en su caso, por la Comisión de Docencia.

El MIR en ningún caso podrá considerarse un estudiante ya que es un médico, siendo su derecho el de recibir docencia y supervisión y su deber, prestar una labor asistencial. Aunque siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo del paciente deberá pedir ayuda, en el momento que considere oportuno. La responsabilidad legal del acto médico (en Urgencias y en el resto del Hospital) recae en el MIR sí es éste quién lo ha realizado, ya que la titulación exigida para pertenecer al Servicio de Urgencias es la de licenciado en medicina, por lo que en particular en Urgencias se actúa como médico general no como médico en formación, aunque “se valorará” y se tendrá en cuenta el grado de responsabilidad según el año de residencia. En todo caso, tiene obligación de consultar cualquier duda con el médico adjunto responsable en ese momento. Sí lo ha hecho, la responsabilidad será compartida con éste.

MEDICO TUTOR DE RESIDENTES

Sus funciones serán las siguientes

1. Organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para especialistas, el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas y supervisión de la aplicación práctica de la formación y programación anual.
2. Propuestas de planes individuales para cada especialista con la supervisión de los mismos.

3. GENERALIDADES

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales (en nuestro caso no solamente quirúrgicas) 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 encuentren. Este factor junto con la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es el determinante que condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

La inminente entrada en funcionamiento del decreto de troncalidad modificara los modelos de docencia implicando un cambio de paradigma en la formación y actividad de los médicos especialistas. Estos tendrán que abordar los problemas de salud de una manera integral y poder proporcionar una atención sanitaria orientada a la eficaz resolución de los procesos de los pacientes, con el enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar que el estado actual de la ciencia requiere. Esta importante modificación también tendrá un impacto en la atención y docencia de los residentes en urgencias. Interpretando el espíritu de este real decreto, consideramos el paso por urgencias (en toda su amplitud asistencial) como una competencia de carácter genérico o transversal, indispensable para la correcta formación del residente, motivo por el cual, se realizarán guardias generales durante el primer año de residencia

Des del punto de vista de la docencia y actividad asistencial en su formación quirúrgica, se consideran 3 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia, el segundo y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Si bien se establecen niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada periodo formativo, es evidente que los conocimientos y las habilidades progresan con el paso del tiempo

Tabla 9-1
BAREMO ORIENTATIVO PARA LA 9 VALORACION DEL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL AREA DE URGENCIAS DEL RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
<p>Grado 1. Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Laparotomía y su cierre. Colocación de vías periféricas y centrales. Toracocentesis. Drenaje de abscesos de partes blandas.</p>
<p>Grado 2. Drenaje de abscesos perianales. Tratamiento de patología proctológica urgente simple (Trombosis hemorroidal, etc...). Hernias (inguinal, crural, umbilical, incisional). Apendicetomía abierta. Colocación de trócares laparoscópicos. Sutura perforación de un ulcus. Colectomía abierta. Resección intestinal segmentaria, Realización de traqueotomías</p>

<p>Grado 3. Apendicetomía laparoscópica. Colectectomía laparoscópica, esplenectomía traumática, confección colostomías e ileostomías, corpectomías segmentarias, tratamiento del paciente con oclusión intestinal por bridas</p>
<p>Grado 4. Hemicolectomía derechas e izquierdas, cirugía de la vía biliar principal, derivaciones bilio-digestivas. Gastrectomía parcial</p>
<p>Grado 5. Gastrectomía total, colectomía total, resecciones hepáticas limitadas, esofaguectomías.</p>

Tabla 9-2
NIVELES DE RESPONSABILIDAD
<p>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. Solicita supervisión si lo considera necesario.</p>
<p>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. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.</p>
<p>Nivel 3. Responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.</p>

4. ORGANIZACIÓN ACTUAL DE NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

El servicio de Urgencias del Hospital Universitari de Sant Joan de Reus da respuesta asistencial a la demanda urgente de asistencia de un censo de más de 180000 habitante, con aproximadamente 80000 atenciones urgentes, y siendo referencia de la mayoría de los pacientes oncológicos de la provincia de Tarragona.

EL Servicio dispone de personal propio (Medico Adjuntos de Urgencias) siendo la mayoría especialistas en Medicina de Familia o bien Medicina interna, y por lo tanto capacitados para la asistencia y también implicados con la docencia pre i postgrado

La estructura física i organizativa del servicio de Urgencias es el que se describe a continuación

Unidad de “Atención Rápida”.

Donde se atiende a pacientes con patología banal, no urgente y donde también se realiza una labor de selección del nivel de urgencia de la consulta. Se dispone, en esta área, de dos consultas de atención ambulatoria y 12 butacas de diagnóstico y tratamiento, en las que los pacientes a los que se les ha realizado alguna exploración complementaria de este nivel, esperan resultados y tratamiento.

Esta asistida por dos médicos adjuntos de urgencias desde las 8h hasta las 24h y el resto del día esta asistida por los médicos adjuntos de urgencias de las generales (nivel 2).

En este nivel asistencial, se podrá realizar interconsultas al residente para la valoración de pacientes, cuando esté realizando guardia integrado en el equipo de cirugía de atención continuada. El nivel de responsabilidad (Tabla 9-2) con que actuará el residente en este nivel dependerá del año de residencia. Así: el R1 nivel 3, el R2 y R3 nivel 2 y el R4-R5 nivel 2-1.

Unidad de “Urgencias Generales”.

Con 22 Boxes y dos literas en cada box, se atienden enfermos afectos de patologías quirúrgicas o médicas de diferentes grados de gravedad, se tratan las urgencias según su nivel de complejidad y se decide la derivación adecuada a cada caso (alta hospitalaria y control por médico de atención primaria, ingreso hospitalario o intervención quirúrgica). Esta asistido por médicos adjuntos de urgencias en contacto con los especialistas de guardia de presencia o telefónica o de planta, lo que favorece la toma de decisiones.

En este espacio, y siempre bajo la supervisión del MAU, el residente de primer año realizará un mínimo de 3 guardia al mes, integrado en el equipo asistencial de urgencias y para la valoración, anamnesis, exploración y tratamiento de los pacientes que acudan al servicio, sin discriminación en el tipo de patología. En este nivel se encuentran también dos Boxes de politrauma/RCP, es este caso, la atención corresponderá a los adjuntos de urgencia y la colaboración del residente

También durante R1 (2-3 guardia al mes) y después durante los años siguientes de su residencia, formara parte del equipo de guardia de Cirugía General sin presencia física continuada en el servicio de urgencias. Responderá a la demanda de valoración de los pacientes situados en esta unidad de urgencias, así como las consulta que se generen desde hospitalización. En esta actividad será supervisado por el adjunto de guardia de cirugía y según el año de residencia (tabla 9-2)

Unidad de “Observación de urgencias”.

Depende y da soporte al Servicio de Urgencias, sobre todo a la unidad de urgencias generales, como unidad de observación de pacientes diagnosticados y en tratamiento, no ingresados y con previsión de alta en 24 horas. También acoge pacientes pendientes de ingreso y para los que no se dispone de cama hospitalaria de forma inmediata. Consta de 15 boxes individuales. Está atendido por un médico adjunto de urgencias por la mañana, y por el equipo de atención continuada de los servicio correspondientes

Unidad de “Traumatología de Urgencias”.

Donde se atienden las urgencias de esta especialidad. Consta de 2 consultas, una sala de espera tras la realización de exploraciones de radiodiagnóstico, y pendiente de tratamiento y dos salas de yesos. El residente de cirugía prestará sus servicios en cuando se requiera su valoración, supervisado por el adjunto de guardia y según el nivel de responsabilidad progresiva (tabla 9-2).

Unidad de “Urgencias Pediátricas”.

Con seis boxes y dos de RCP, donde se atienden urgencias de este grupo de edad. Una vez forme parte de la guardia de cirugía general, podrá realizar interconsultas cuando sea requerido y supervisado siempre por el adjunto de guardia según el nivel de responsabilidad progresiva (tabla 9-2).

5. ESTRUCTURA GENERAL DE LA GUARDIA DE CIRUGÍA

La atención de las urgencias la realiza un “pool” de médicos adjuntos de urgencias y residentes asignados, y cuando requieran valoración de casos por existir sospecha de patología que pertenezca a los criterios de ingreso i/o de cirugía de urgencia del Servicio de Cirugía General, los asistenciales de urgencias consultaran al equipo de guardia mediante los teléfonos asignado

El equipo de asistencia continuada del Servicio de Cirugía General se encarga de:

- Los procedimientos quirúrgicos de urgencia que correspondan
- Las interconsultas intrahospitalaria que se generen
- La valoración de los enfermos situado en la área de urgencia que le sean realizada

6. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE PRIMER AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

OBJETIVOS DOCENTES DURANTE ESTE PERIODO:

De manera general:

-Realizar la entrevista clínica y conseguir una buena valoración inicial del paciente, sistematización por órganos. Identificación clara del motivo actual de la consulta y desarrollo de la enfermedad actual. Reconocimiento de los antecedentes familiares. Relato escrito de los datos obtenidos, Redacción de cursos clínicos y de la epicrisis.

-Técnicas y fases de la exploración por aparatos y sistemas.

-Importancia del hemograma, de la bioquímica general (función renal y hepática) y de los análisis de orina.

-Utilización clínica de la radiología simple de tórax. Proyecciones. Lectura ordenada. Signos fundamentales. Patrones radiológicos. Identificación de la patología intersticial, alveolar y pleural.

-Utilización clínica de la radiología simple de abdomen. Proyecciones. Lectura ordenada. Signos fundamentales. Patrones radiológicos. Identificación de la patología pancreática, hepática, intestinal y renal.

-Utilización clínica del ECG. Lectura ordenada. Signos fundamentales. Identificación de las arritmias, de las hipertrofias y de la cardiopatía isquémica.

HABILIDADES A ADQUIRIR DURANTE ESTE PERIODO

En la atención inicial al paciente de urgencias en cualquier tipo de patología y de manera general

-Saber presentarse e informar al paciente y a los familiares

-Realizar correcta anamnesis

-Exploración básica y específica de la patología aguda y urgente

-Manejo de los métodos diagnósticos, exploraciones complementarias y medidas terapéuticas.

-Manejo del paciente y su familia en urgencias

-Redacción de informes

-Punciones arteriales y venosas, toracocentesis, paracentesis, punciones lumbares y artrocentesis

En la atención de los pacientes afectos de patología quirúrgica (integración en el equipo de guardia de cirugía)

- Saber presentarse e informar al paciente y familiares.
- Revisar las historias de los pacientes para leer la información que consta en ellas.
- Establecer un diagnóstico diferencial y diagnóstico más probable.
- Decidir las exploraciones complementarias e interconsultas a practicar al paciente y comentarlas con el médico adjunto.
- Indicar tratamiento médico y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada, bajo la supervisión del cirujano de guardia.
- Colocación de SNG sonda urinaria y catéteres venosos periféricos y centrales.
- Tratamiento de las heridas operatorias y sus complicaciones.
- Realizar técnicas de anestesia local.
- Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano.
- Preparación del campo operatorio.
- Extracción de drenajes post-operatorios
- Desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de las heridas inciso-contusas.

- Asistir en el quirófano de urgencias como primer o segundo ayudante en cirugía urgentes mayores.
- Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según protocolos del centro.
- Indicar el destino del paciente (alta, ingreso, traslado, observación) bajo la supervisión del médico adjunto.
- Elaboración de un informe de urgencias.

ADQUISICIÓN PROGRESIVA DE RESPONSABILIDAD DURANTE ESTE PERIODO

La adquisición de responsabilidad es progresiva. El residente está siempre supervisado físicamente y no puede firmar sólo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes, tal y como establece el RD 183/2008. El nivel de responsabilidad del residente será 2-3 en la mayoría de sus actuaciones.

En la tabla 9-3 se exponen los niveles de responsabilidad de las diferentes actividades que pueden realizar los facultativos residentes durante el primer y segundo año de residencia.

Tabla 9-3:

RESPONSABILIDAD PROGRESIVA RESIDENTES DE PRIMER Y SEGUNDO AÑO		
Habilidad	Responsabilidad R1	Responsabilidad R2
Realizar anamnesis completa	1	1
Exploración física	1,2	1
Realización de historia clínica completa del paciente de urgencias	1	1
Valoración rápida de la gravedad del paciente	2,3	1,2
Realizar una orientación diagnóstica	2	1,2
Evaluación del estado mental	2	1
Solicitar exploraciones complementarias	2	2
Presentación e información al paciente y familia	1,2	1,2
Interpretar las exploraciones complementarias básicas. Analítica, ECG, Rx. de tórax y Rx. de abdomen	1,2	1,2
Interpretar las exploraciones complementarias específicas	3	1,2
Reanimación cardio-pulmonar básica	2,3	2,3
Abordajes venosos periféricos y centrales	2,3	2
Sondaje vesical y nasogástrico	2,3	2
Conocimiento y utilización de los monitores. Sistemas de monitorización	2,3	1,2
Aplicar correctamente el tratamiento antibiótico según los protocolos del centro	1,2	1,2
Indicar el tratamiento médico y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada	2	2
Desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de las heridas inciso contusas	1,2	1
Realización de técnicas con anestesia local	1,2	1
Realizar técnicas asépticas y antisépticas en quirófano	1	1
Preparación del campo operatorio	1,2	1
Realizar un informe de alta o de ingreso hospitalario	2	2
Decidir el tratamiento y estrategia a seguir con el paciente	3	1,2
Toma de decisiones del destino del paciente, alta o ingreso	3	2,3

Tabla 9-4:			
HABILIDADES QUIRURGICAS Y RESPONSABILIDAD DE LOS RESIDENTES			
Habilidad	R1	R2-R3	R4_ R5
Limpieza de heridas traumáticas y sutura simple	Nivel 3	Nivel 1	Nivel 1
Drenaje de abscesos de partes blandas y perianales	Nivel 3	Nivel 1	Nivel 1
Apendicetomías	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Herniorrafia	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2

Laparotomías exploradoras	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Lisis de bridas	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Resección intestinal segmentaria	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Confección de ileostomías-colostomía	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Colecistectomía abierta	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Colecistectomía laparoscópica	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Exploración de la vía biliar principal por litiasis	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Hemicolectomías de urgencias	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Gastrectomías de urgencias	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Derivación bilioentérica	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2
Resección esofágica	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 2

7. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE SEGUNDO AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

OBJETIVOS DOCENTES Y HABILIDADES A ADQUIRIR DURANTE ESTE PERIODO.

El objetivo del segundo año es el de progresar en la práctica asistencial de carácter urgente de la patología quirúrgica

Debe seguir desarrollando las habilidades y competencias que se han expuesto para el R1 en los apartados 6.1 y 6.2 de este documento.

ADQUISICIÓN PROGRESIVA DE RESPONSABILIDAD DURANTE ESTE PERIODO.

Aumenta el grado de responsabilidad, tanto en las habilidades en la atención transversal (Tabla 9-3) como en las propiamente quirúrgicas de urgencias (Tabla 9-4).

Puede realizar y firmar informes de asistencia de pacientes con patología no compleja. Debe consultar con sus adjuntos todos aquellos casos o problemas que se presenten durante la guardia. En general el nivel de responsabilidad es "Nivel 2".

Puede realizar intervenciones quirúrgicas de complejidad 1 y 2 como cirujano y ayudado por el cirujano de guardia.

8. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE TERCER AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Progresión en las habilidades y competencias según tablas adjuntas. En general, nivel 2 de responsabilidad y, a nivel de intervenciones quirúrgicas de urgencias, nivel 2 de responsabilidad en las de complejidad 1-3.

9. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE CUARTO AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Nivel 1 de responsabilidad en el área de urgencias. A nivel de intervenciones quirúrgicas de urgencias, como cirujano, siempre nivel 2 y grado de complejidad 1-4

10. RESIDENTE DE CIRUGÍA DE QUINTO AÑO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Nivel 1 de responsabilidad en el área de urgencias. Pero el nivel de intervenciones quirúrgicas de urgencias, como cirujano, siempre nivel 2 y grado de complejidad de intervenciones 1-5