

	SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN CIRUGÍA GENERAL	Código	DCC-P-016
		Versión	01.1
		Fecha vigor	11/04/2019
		Página	1 de 10

Unidad origen del procedimiento	DOCENCIA POSGRADO
--	-------------------

APROBACIÓN

Elaborado:	Revisado:	Visto Bueno:
Nombre: José Antonio Rueda Orgaz	Nombre: Comisión de Docencia	Nombre: Modoaldo Garrido Martín
Puesto: Tutor de Cirugía General	Puesto: Presidenta Comisión	Puesto: Director Gerente
Firma:	Firma:	Firma:

REGISTRO DE CAMBIOS

Versión	Fecha aprobación	Fecha estimada próxima revisión	Razón del cambio
01.0	03/06/2015	03/06/2018	Revisión del documento
01.1	11/04/2019	11/04/2022	Actualización puntos 4.3 y 4.4. .Adaptación a la norma ISO 9001:2015

DOCUMENTOS RELACIONADOS

<p>GE Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud. Programa de formación del residente DCC-P-004.</p> <p>GE Programas formativos de especialidades en ciencias de la salud.</p> <p>Protocolo supervisión residentes Unidad Urgencias DCC-P-009.</p> <p>Memoria del residente DCC-D-006.</p> <p>Evaluación anual tutor DCC-D-008.</p> <p>Informe tutor DCC-D-009.</p> <p>Normativa incidencias guardias residentes DCC-D-015.</p> <p>Guía de protocolos de supervisión DCC-P-010.</p> <p>Miembros de la Comisión de Docencia DCC-D-016.</p>

NORMA Y PUNTO DE REFERENCIA

<p>NORMA ISO 9001:2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 7.1.2 Personas ➤ 7.2 Competencia
--

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	2 de 10

ÍNDICE

1. OBJETO	3
2. ALCANCE	3
3. RESPONSABLES	3
4. PROCESO	3
4.1. INTRODUCCIÓN	3
4.2. OBJETIVOS DOCENTES	4
4.3. TAREAS Y REPONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE	6
4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE CIRUGIA GENERAL.....	10
5. REGISTROS.....	10
6. EVALUACIÓN	10
7. CONTROL DE CAMBIOS	10
8. ANEXOS	10

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	3 de 10

1. OBJETO

La supervisión del residente en CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

2. ALCANCE

Unidad de CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO – URGENCIAS.

3. RESPONSABLES

Comisión de Docencia

Tutor de CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

Jefe de Unidad 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 éste 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.”

	SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN CIRUGÍA GENERAL	Código	DCC-P-016
		Versión	01.1
		Fecha vigor	11/04/2019
		Página	4 de 10

4.2. OBJETIVOS DOCENTES

AMBITOS 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: la guardia de Cirugía/Urgencias, 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 o REA, relacionados con el postoperatorio y a requerimiento de otros especialistas y/o profesionales.

Según los diferentes ámbitos dentro de la Urgencia, se determinan diferentes objetivos y tareas.

Área de Urgencias:

El personal de las guardias de Cirugía General incluye dos cirujanos adjuntos de presencia y un residente asignado 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.

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	5 de 10

El objetivo más importante es la realización de cuidadosas historias clínicas, incluyendo anamnesis, 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, según establece el RD 639/2014 de 25 de julio, 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(Cirugía pediátrica, Cirugía Vascul, Cirugía Torácica, Urología...),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 C1 (Primera planta) Control 1.

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

Diariamente, dos 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 2 o 3 quirófanos, según la distribución establecida por el comité de Quirófanos, así como un quirófano semanal para cirugía menor ambulatoria.

El inicio es a las 8:15, una vez finalizada la sesión de cambio de Guardia.

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 pre quirúrgico (Check-list).
- Adquirir y desarrollar habilidades en los diferentes procedimientos quirúrgicos, conforme a su año de Residencia y su itinerario formativo.

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	6 de 10

4. CONSULTA:

Existen 2 puestos de consulta diarios que cubren 2 miembros de la Unidad. Generalmente, en la consulta existen dos tipos de agendas: una para pacientes nuevos y preferentes, otra que corresponde a consultas de revisión, que habitualmente están personalizadas en función de la agenda de cada Cirujano responsable.

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 al paciente 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 de los pacientes.
- Saber formalizar la documentación necesaria para la inclusión del paciente en lista de espera quirúrgica.

4.3. TAREAS Y REPOSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE

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 (183/2008), estableciéndose tres niveles de supervisión/responsabilidad en función del año de Residencia:

Nivel de supervisión / responsabilidad 3 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 supervisión /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 supervisión / responsabilidad 1 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

DISTRIBUCION SEGÚN LOS DIFERENTES AMBITOS 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 I)
- Para los residente de 2º y 3º año (Grado de supervisión nivel II)

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	7 de 10

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

AREA DE URGENCIA:

Realización de los procedimientos quirúrgicos en Urgencias con grado de supervisión progresiva nivel II- I:
Sala de "Trauma -Cirugía ":

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

Para el residente de 1º año: Durante los 6 primeros meses, 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 transcurrido este periodo por los adjuntos de Cirugía, (con grado de supervisión I). Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, ingresos y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

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.

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

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

2. PLANTA DE HOSPITALIZACION:

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.
- 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. Las recomendaciones al alta.
- Asegurar que se adjunta al informe de alta la prescripción a través del MUP, de la medicación prescrita. (Solo a partir de R-2) y la solicitud de cita para la revisión (Buzón de peticiones)

Para el residente de 1º año: (Grado de supervisión nivel I) durante el primer año, (pasando de nivel I a II o III, según los procedimientos). El adjunto visará los tratamientos y altas de los residentes

Para los residente 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 III).

3. QUIROFANOS:

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

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	8 de 10

- Complimentar el listado de verificación pre quirúrgico (Check-list).
- Revisar la historia clínica y pruebas complementarias.
- Supervisar y confirma la administración de medicación y profilaxis antibiótica preoperatoria.
- Confirmación de 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 en todo momento, independientemente del año de Residencia. El adjunto estará presente en el quirófano independiente del año de residencia.

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

Al concluir la intervención, debe participar en la información a los familiares y en la puesta en común con anestesia y enfermería de los puntos importantes para la recuperación del paciente (según los ítems del chek-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 CIRUGIA 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. • Drenaje torácico.
- Iniciación en la Cirugía de 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. • Colectomía abierta.
- Resección intestinal segmentaria.

Grado 3

- Fistulectomía anal. • Apendicectomía laparoscópica. • Colectomía 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 Esofagectomía. • Gastrectomía • Amputación abdomino-perineal.
- Cirugía colorrectal laparoscópica. • 1º ayudante / Cirujano en DPC • 1º ayudante / Cirujano Resección hepática.
- Reservorio ileoanal • Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.).

4. CONSULTA:

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

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	9 de 10

- 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 I).

Para los residente 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 III).

Procedimientos y técnicas que el R1 debe aprender al margen de las intervenciones quirúrgicas
(Anexo V al programa de CGAD (orden sco/1260/2007):

Historia clínica e identificación de problemas.
Exploración física del paciente.
Exposición oral de la historia clínica.
Conocer los protocolos de preparación preoperatoria.
Colocar una sonda nasogástrica.
Colocar un catéter intravenoso.
Colocar una sonda vesical.
Colocar un catéter venoso central.
Redactar una hoja operatoria.
Ordenar un tratamiento postoperatorio.
Controlar la reposición de líquidos y electrolitos.
Controlar una nutrición parenteral.
Diagnosticar desviaciones de la evolución postoperatoria.
Tratar las heridas operatorias y sus complicaciones.
Realizar una anestesia local.
Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano.
Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico
Preparar el campo operatorio.
Control y extracción de drenajes postoperatorios.
Redactar un informe de alta.

Niveles de responsabilidad que debe asumir el residente en sus actividades. (Adaptado de anexo VII al programa de CGAD orden sco/1260/2007):

	HOSPITALIZACION	CONSULTA EXTERNA	AREA DE URGENCIAS (salvo intervenciones)	Intervenciones como cirujano
R-1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2. Grado 1
R-2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2. Grados 1 y 2
R-3	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2. Grados 1 a 3
R-4	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2. Grados 1 a 5
R-5	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2. Grados 1 a 5

Código	DCC-P-016
Versión	01.1
Fecha vigor	11/04/2019
Página	10 de 10

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

SEGÚN LOS DIFERENTES AMBITOS DE APLICACIÓN:

1. GUARDIA DE CIRUGÍA GENERAL:

Siempre que se plantee una indicación de Cirugía Urgente, ingreso a Cargo de la Unidad de Cirugía, o traslado a otro centro, ha de ser supervisado y bajo la responsabilidad de los adjuntos de Cirugía de Guardia (Grado de supervisión I) independientemente del año de Residencia, así como los conflictos con pacientes y familiares o actuaciones con implicaciones judiciales (supervisión de la formalización de partes judiciales). Durante el primer año de Residencia la supervisión al residente en formación ha de ser de presencia física. El paso de un nivel a otro será progresivo y dependerá, no sólo 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 HOSPITALIZACION

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, otros especialistas y/o profesionales, ha de ser supervisado por el cirujano adjunto responsable de ese día de planta (Grado de supervisión I) 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, con un cirujano adjunto asignado, a la que acudirá un residente de los primeros años (De Cirugía o rotantes de Medicina de Familia, Urología, Ginecología o Traumatología) 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 firmado por el cirujano adjunto responsable de esa agenda (Grado de supervisión I), 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.

5. REGISTROS

Memoria del residente.

Informe del tutor.

Valoración de la docencia.

Registro incidencias.

6. EVALUACIÓN

Incidencias en la supervisión en los residentes en la Unidad de Cirugía General en los registros

7. CONTROL DE CAMBIOS

Versión 01.1: Actualización puntos 4.3 y 4.4. y adaptación a la norma ISO 9001:2015

8. ANEXOS

No aplica