

SUPERVISIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DESGLOSADO POR COMPETENCIAS ESPECÍFICAS Y ACTIVIDADES

(DOCUMENTO APROBADO EN LA COMISIÓN DE DOCENCIA DEL 26/02/18)

1. Objetivo del protocolo

El presente protocolo de supervisión del residente de Cirugía Pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

Se entiende que a lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

La Comisión de Docencia del Hospital Sant Joan de Déu ha elaborado este protocolo en cumplimiento del Artículo 15.5 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. Dicho artículo establece que: “Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés”.

Tal y como se indica además en el citado Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, el protocolo ha sido elevado a los órganos de dirección del centro para su aplicación y para que se realicen revisiones periódicas

Para la elaboración de este documento se ha considerado la ORDEN SCO/3253/2006, publicada en el BOE 252, sábado 21 de octubre 2006, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Pediátrica.

2. Ámbito de aplicación.

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en nuestro Hospital. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una

Unidad Docente no dependiente de nuestro Hospital se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestras Unidades Docentes.

Asimismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que los residentes pertenecientes a nuestro Hospital realicen en Centros o Unidades Docentes externas.

3. Bases legislativas.

Como se indicó previamente, este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Para su elaboración se ha tenido en cuenta el capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente que incluye los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008 y su aplicación a las características específicas de nuestro Hospital.

A continuación se transcribe literalmente los Artículos citados:

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

Capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente

Artículo 14. El deber general de supervisión.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las

actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

Artículo 15. *La responsabilidad progresiva del residente.*

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

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

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

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

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

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

4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

5. Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

4. Supervisión de las actividades asistenciales.

A. 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 factor determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 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 adjunto responsable. 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 adjunto responsable.

Desde el servicio de Cirugía, esta supervisión directa se entiende, en general, como la presencia física del adjunto junto al residente que está realizando un proceso. En algunos casos y en residentes más avanzados, bajo este nivel de supervisión también entendemos la realización de un proceso por el residente siguiendo unas indicaciones explícitas o una secuencia de actuaciones que marca el adjunto, de las que el residente no debe desviarse sin consultar al adjunto.

Nivel 3. Responsabilidad mínima / Supervisión de Presencia Física. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna

experiencia. El residente inicialmente observa y asiste la actuación del adjunto responsable que es quien realiza el procedimiento.

A medida que el residente avanza durante el primer año, podrá realizar procedimientos o técnicas, con el adjunto al lado y guiándole en cada uno de los pasos.

Asimismo, se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia 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

B. Actividades.

La supervisión de residentes de primer año ha de ser siempre 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.

El nivel máximo de supervisión que requiere el residente de primer año no implica que no pueda realizar ninguna técnica o procedimiento. Inicialmente, el residente hará de observador del adjunto o residente mayor que efectuará la técnica o procedimiento; progresivamente, será el residente de primer año quien realizará las actividades, pero con un adjunto supervisor a su lado que lo guiará en cada uno de los pasos a seguir.

Algunos procedimientos muy simples, que no requieren de hecho la intervención de un médico, podrán ser asumidos con menor grado de supervisión por el residente de primer año. Ejemplos de estos procedimientos están recogidos en el listado de actividades que se encuentra a continuación.

La supervisión de los residentes a partir del segundo año de formación, irá decreciendo de forma progresiva, sin que nunca pueda ser menor que lo establecido como objetivo para una determinada actividad, en ese año formativo.

Las actividades aprendidas en años anteriores, mantienen el Nivel de Supervisión previo, al inicio del siguiente año formativo, para ir disminuyendo a lo largo del mismo.

Para las actividades de nueva realización, se establece el Nivel de Supervisión máxima al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

El paso de un Nivel de Supervisión 3 a 2, o de un nivel 2 a 1 será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y las características individuales del residente (posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica). Cuando un residente no consiga alcanzar los conocimientos necesarios para progresar en su formación, no se puede disminuir

el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, teniendo que poner este hecho en conocimiento del Tutor de residentes, quién podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se constate que la progresión del residente garantiza la calidad de la formación.

Residentes de primer año.

Como **norma general**, para los residentes de **primer año** se considera que el nivel de supervisión del residente será de **nivel 3, supervisión por presencia física**.

Los documentos generados por los residentes de primer año serán visados por escrito por un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente. Se puede permitir que el residente de primer año modifique algunos documentos de forma sencilla para adaptarse a una circunstancia particular, siempre que dicha modificación no comporte un cambio sustancial del documento o un documento nuevo.

*En aquellas casillas con dos valores, el adjunto responsable valorará individualmente cuál es el aplicable a cada residente

**La presente tabla sólo hace referencia al grado de supervisión. La necesidad de una supervisión muy elevada no impide que el residente pueda realizar los procedimientos como primer cirujano.

AREA DE HOSPITALIZACIÓN	R1	R2	R3	R4	R5
Correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo	3/2	2	2	1	1
Rellenar los documentos de consentimiento informado de las pruebas o tratamientos que lo requieran, cumplimentará los partes judiciales y la documentación que sea necesaria	3	2	2/1	1	1
Establecer una relación con los pacientes y sus familiares o acompañantes que sea respetuosa con sus derechos, especialmente con los de autonomía	3/2	2	2	1	1
Realización de epicríticas	3/2	3/2	3/2/1	2/1	1
Pautar la medicación del paciente	3/2	3/2	2	2/1	1
Modificar/adaptar una prescripción médica	2	1	1	1	1
Modificar/adaptar epicrítica	2	1	1	1	1
Escribir cursos clínicos	3/2	2	1	1	1
Pasar visita	3	3/2	2	1	1
Solicitar exploraciones complementarias	3	3/2	2	1	1

Solicitar consultas a otros servicios	3	3/2	2	1	1
Realizar curas sencillas en la planta	3/2	3/2	2/1	1	1
Informar al paciente o sus padres	3	3	2	2/1	1
Prescribir un procedimiento agresivo (intervención quirúrgica...)	3	3	2	2/1	1

ÁREA DE QUIRÓFANO	R1	R2	R3	R4	R5
Lavado quirúrgico	3/2	2	1	1	1
Preparación del campo quirúrgico	3/2	3/2	2	1	1
Procedimientos quirúrgicos sencillos**					
Circuncisión (o procedimientos similares)	3	3/2	2	1	1
Herniorrafia umbilical	3	3	2	1	1
Herniorrafia inguinal (niños mayores)	3	3	2	1	1
Exéresis de pequeños quistes o lesiones	3	3/2	2	1	1
Exéresis de nevus	3	3/2	2	1	1
Quiste pilonidal	3	3	2	1	1
Anquiloglosia	3	3/2	2	1	1
Onicoexéresis	3	3	2	1	1
Abordajes quirúrgicos**					
Laparotomía media	3	3	2	2	1
Laparotomía transversa	3	3	2	2	1
Toracotomía	3	3	2	2	1
Inguinotomía	3	3	2	1	1
Cervicotomía	3	3	2	2	1
Pfannestiel	3	3	2	2	1
Otros (toracofrenolaparotomías...)	3	3	3	2	2
Colocación trócares laparoscopia	3	3	2	2	1
Colocación trócares toracosopia	3	3	2	2	1
Cierre de las incisiones previas	3	3	2	1	1
Retirada y cierre de los trócares	3	3	2	1	1
Procedimientos quirúrgicos estándar**					
Colocación de drenaje torácico	3	3/2	2	2/1	1
Apendicetomía no complicada (abierta)	3	3	2	1	1
Apendicetomía complicada (abierta)	3	3	3	2	2/1
Apendicetomía laparoscópica no complicada	3	3	2	1	1
Apendicetomía laparoscópica compleja	3	3	3	2	2/1
Estenosis hipertrófica del píloro	3	3	2	2/1	1
Criptorquidia	3	3	2	1	1
Retirada PAC	3	3	2	1	1
Colocación PAC	3	3	2	2	1
Retirada y colocación ECMO	3	3	3	3	2
Escroto agudo	3	3	2	1	1
Hernia inguinal lactante	3	3	2	2	1
Oforectomía o patología benigna del ovario	3	3	2	2	1
Pseudocircunclsión	3	3	2	1	1
MAGPI	3	3	3	2	1

Mathieu	3	3	3	2	2/1
Onlay	3	3	3	2	2
Otras técnicas reparación hipospadias	3	3	3	3	2
Incurvación del pene	3	3	3	2	2
Queiloplastias	3	3	3	3	2
Uranoestafilorrafia	3	3	3	3	2
Z plastias	3	3	2	2/1	2/1
Injerto de piel	3	3	3	2	2/1
Colocación expansores cutáneos	3	3	3	2	2/1
Patología del 2º arco branquial	3	3	3	2	1
Patología del 1er o 3er arcos branquiales	3	3	3	3	2
Quiste tirogloso	3	3	3	2	1
Sutura intestinal	3	3	3	2	2
Funduplicatura (laparoscópica)	3	3	3	3	2
Colecistectomía (laparoscópica)	3	3	3	3	2
Varicocele (Palomo por laparoscopia)	3	3	2	1	1
Enfermedad inflamatoria intestinal	3	3	3	3	2
Enfermedad de Hirschsprung	3	3	3	3/2	2
Malformación anorectal sencilla	3	3	3	3/2	2
MAR compleja	3	3	3	3	3
Quiste de colédoco	3	3	3	3	3
Atresia de vías biliares	3	3	3	3	3
Atresia duodenal	3	3	3	3	2
Atresia intestinal	3	3	3	3	2
Gastrosquisis/onfaloceles	3	3	3	3	2
Atresia de esófago	3	3	3	3	2
Hernia diafragmática	3	3	3	3	2
Malrotación intestinal	3	3	3	3	2
Gastrostomía	3	3	3	2	2/1
Colostomía/ileostomía	3	3	3	2	2/1
Sustituciones esofágicas	3	3	3	3	3
Invaginación intestinal	3	3	3/2	2	1
Resección intestinal	3	3	3	2	1
Cirugía del conducto omfalomesentérico	3	3	3	2	1
Uraco persistente y patología relacionadas	3	3	3	2	1
Testes no palpables	3	3	3	2	1
Cistoscopia	3	3	3/2	2/1	1
Colocación cistocath	3	3	3	2	1
Tratamiento endoscópico RVU	3	3	3	2	2/1
Pieloplastia (abierta o laparoscópica)	3	3	3	3	2
Reimplante ureteral	3	3	3/2	2	2
Sutura intracorpórea (laparoscópica)	3	3	3	2/3	2/1
Esofagoscopia	3	3	3	2/3	2/1
Broncoscopia	3	3	3	3	2
Desbridamiento pleural toracoscópico	3	3	3	3	2
Tratamiento del neumotórax por toracoscopia	3	3	3	3	2
Simpatectomía torácica endoscópica	3	3	3	3	2
Resecciones pulmonares (abiertas)	3	3	3	3	2

Resecciones pulmonares (toracoscópicas)	3	3	3	3	3
Toracoplastias	3	3	3	3	3
Biopsia pulmonar	3	3	3	2	2
Teratoma sacrococcígeo	3	3	3	3	2
Tumor de Wilms	3	3	3	3	2
Neuroblastoma	3	3	3	3	3/2
Tumores de pared torácica	3	3	3	3	3/2
Resección de tumores mediastínicos	3	3	3	3	3/2
Biopsias adenopatías	3	3	3	2	1
Drenajes de abscesos	3	3/2	3/2	1	1
Tumores testiculares	3	3	3	2	1
Tumores ováricos	3	3	3	2	2
Tumores suprarrenales	3	3	3	3	3/2
Tumores de la vía aérea	3	3	3	3	3
Resecciones hepáticas	3	3	3	3	3
Esplenectomías	3	3	3	3	3/2
Nefrectomía laparoscópica	3	3	3	2	2/1
Intervenciones del páncreas	3	3	3	3	3
Tumores retroperitoneales	3	3	3	3	3/2
Tumores prostáticos o de la vejiga	3	3	3	3	3
Derivaciones urinarias	3	3	3	3	3
Himen imperforado	3	3	3	2	1
Trastornos de la diferenciación sexual	3	3	3	3	3/2
Complejo extrofia vesical epispadias	3	3	3	3	3
Microtia	3	3	3	3	3
Orejas aladas	3	3	3	3/2	2
Procedimientos quirúrgicos maxilo-mandibulares	3	3	3	3	3

ÁREA DE URGENCIAS	R1	R2	R3	R4	R5
Historia clínica y completa exploración del paciente que acude a urgencias haciendo una valoración inicial	3/2	3/2	2	1	1
Curas y heridas**					
Sutura de heridas simples	2	1	1	1	1
Sutura de heridas complejas o cara	3	3/2	2	1	1
Cura de quemaduras extensas o delicadas	3	3	2	1	1
Cura de quemaduras simples	2	1	1	1	1
Reducción parafimosis	3	3/2	2	1	1
Cuerpos extraños oídos, nariz...	3/2	3/2	2/1	1	1
Desbridamiento pequeños abscesos	3	2	1	1	1
Taponamiento nasal anterior	3	2	1	1	1
Uñas incarnatas	3	2	1	1	1
Elaboración informe urgencias	3	2	1	1	1
Elaboración informe urgencias de pacientes sin patología o con un proceso muy simple	2	1	1	1	1
Atención de consultas de otros servicios	3	2	2	1	1
Algunas valoraciones específicas:					

Escroto agudo	3	3	3	2	1
Abdomen agudo	3	3	2	2	1
Derrame pleural	3	2	2	1	1
Paciente politraumatizado	3	3	3	3	2
Paciente grave	3	3	3	2	2
Neonato	3	3/2	2	2	1
Herida penetrante	3	3	3	3	2
Paciente oncológico (con patología relacionada)	3	3	3	2	2

AREA DE CONSULTAS	R1	R2	R3	R4	R5
Historia clínica	3/2	3/2	2	1	1
Solicitud de pruebas diagnósticas	3/2	3/2	2	1	1
Exploración física	3/2	3/2	2	1	1
Programación procedimientos quirúrgicos simples	3	3/2	2	1	1
Programación procedimientos quirúrgicos complejos	3	3	3	2	2
Curas de heridas o postoperados	3/2	2	1	1	1
Procedimientos menores	3/2	2	1	1	1
Recetas	3/2	2	1	1	1
Informes	3	3	2	2	2
Información familia	3/2	3/2	2	2	1
Consentimiento informado	3	3	2	2	2
Derivaciones otros servicios	3	3	2	2/1	1
Realización de pruebas funcionales	3	3	3	2	2