PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

TUTORES	MARÍA DÍAZ TOBARRA NATALIA PEREZ SERRANO CRISTINA VALLEJO BERNAD
FECHA DE APROBACIÓN POR COMISIÓN DE DOCENCIA	20/11/2026

INTRODUCCIÓN

El presente documento establece los criterios de supervisión y responsabilidad progresiva aplicables a los residentes de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo durante su actividad formativa en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario San Pedro.

En él se describen las responsabilidades y obligaciones de los residentes, así como los principales conocimientos, habilidades y actitudes que deberán adquirir progresivamente hasta alcanzar la autonomía necesaria para el ejercicio profesional como especialistas en Cirugía General. Asimismo, se establecen las responsabilidades de los tutores, colaboradores docentes y facultativos especialistas que participan en su supervisión.

Este protocolo se ajusta a las directrices de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario San Pedro y a la normativa vigente en materia de Formación Sanitaria Especializada, especialmente:

- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se aprueba el protocolo destinado a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, especialmente su capítulo V, relativo al deber general de supervisión y a la responsabilidad progresiva del residente, y sus artículos 14 y 15.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Programa oficial vigente de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Toda la estructura asistencial del centro deberá estar disponible para la formación de los residentes. Los tutores programarán las actividades de los residentes en coordinación con los responsables de los equipos asistenciales y de los dispositivos docentes implicados, con el fin de garantizar:

- El cumplimiento del itinerario formativo.
- La consecución de los objetivos docentes de cada rotación.
- La integración supervisada del residente en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.
- La adecuación del nivel de supervisión al año de residencia y a las competencias individualmente adquiridas.
- El respeto al régimen de jornada y descansos legalmente establecido.

Las posibles adaptaciones individuales del nivel de supervisión deberán estar justificadas por la evolución competencial del residente, ser conocidas por el tutor y quedar adecuadamente documentadas. El protocolo será de aplicación tanto durante la jornada ordinaria como durante las guardias y los periodos de atención continuada.

OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El objetivo de este protocolo es definir de manera clara y homogénea cómo debe realizarse la supervisión de los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo, garantizando simultáneamente la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la adquisición progresiva de las competencias propias de la especialidad.

El documento establece el grado de supervisión y responsabilidad que corresponde a cada residente según su año formativo, su experiencia y las competencias demostradas, de manera que la supervisión disminuya progresivamente a medida que aumenta su capacidad para tomar decisiones y actuar de forma autónoma.

El protocolo será aplicable a:

- Los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo adscritos al Hospital Universitario San Pedro.
- Los residentes de otras especialidades que roten por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Los residentes procedentes de otros centros que realicen una rotación autorizada.
- La actividad desarrollada durante la jornada ordinaria.
- Las guardias y la atención continuada.
- Las diferentes áreas y dispositivos asistenciales en los que los residentes desarrollen su formación.

La supervisión se adaptará no solo al año de residencia, sino también a la complejidad del paciente, al riesgo de la actuación y al nivel competencial individual del residente.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN

Nivel	Denominación	Descripción
Nivel 3	Responsabilidad mínima / Supervisión de presencia física	La actividad es realizada por el tutor o profesional de plantilla. El residente observa y asiste en su ejecución. El residente solo dispone de conocimiento teórico, sin experiencia práctica previa.
Nivel 2	Responsabilidad intermedia / Supervisión directa	El residente realiza la actividad bajo la supervisión directa del tutor o profesional de plantilla. Tiene conocimiento suficiente, pero aún no ha alcanzado la experiencia necesaria para actuar de forma independiente.
Nivel 1	Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda	El residente realiza la actividad con supervisión indirecta. Posee las competencias necesarias para actuar de forma autónoma, informa posteriormente al tutor y solicita supervisión cuando lo estima necesario.

La asignación de un nivel concreto estará condicionada por:

- El año de residencia.
- Las competencias adquiridas y acreditadas.
- La experiencia previa en la actividad.
- La complejidad clínica.
- El riesgo del procedimiento.
- Las circunstancias individuales del paciente.

El siguiente documento se realiza siguiendo la **Orden SCO/1260/2007** (BOE núm. 110), en la que se definen los siguientes niveles de responsabilidad en función del grado de residencia:

	Sala de Hospitalización	Consultas externas	Área de urgencias (excepto cirugía)	Intervenciones quirúrgicas (como cirujano)
R1	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2 – Grado 1*
R2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2 – Grados 1 y 2
R3	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2 – grados 1-3
R4	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2 – grados 1- 4
R5	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2 – grados 1-5

*El grado hace referencia a la complejidad de la cirugía.

Y el baremo orientativo para la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas de manera aproximada 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. Piloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colecistectomía abierta. Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.

Grado 3. Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colecistectomía laparoscópica. Fundoplicatura 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. Fundoplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje del esófago cervical. Adrenalectomía abierta.

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

1. RESIDENTES DE PRIMER AÑO

La supervisión de los residentes de primer año será siempre de presencia física y será realizada por profesionales especialistas que presten servicios en los dispositivos del centro o unidad por los que el residente esté rotando o realizando atención continuada. Los especialistas responsables visarán por escrito, de forma previa a la toma de la decisión, las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el residente de primer año. La supervisión del R1 no podrá recaer exclusivamente en otro residente, aunque este sea de un año formativo superior.

- Decisiones clínicas y Prescripción:
    - Presencia física del especialista: Toda valoración inicial de pacientes complejos en urgencias o planta, instauración de tratamientos farmacológicos de alto riesgo, ajustes posológicos críticos y decisiones de ingreso o modificación sustancial del plan terapéutico
    - La prescripción de altas hospitalarias, partes de baja laboral y la validación de informes de alta requerirán obligatoriamente el visado y firma previa del especialista responsable.

- Solicitud de pruebas complementarias:
    - Autónoma tutelada: Solicitud de pruebas analíticas rutinarias y de imagen básicas protocolizadas.

    - Bajo supervisión directa: Petición de pruebas especiales, radiología intervencionista, o exploraciones complejas asociadas al estudio preoperatorio o despistaje de complicaciones agudas.

- Información al paciente y familiares:
    - Bajo supervisión directa: La comunicación de diagnósticos graves, pronósticos desfavorables, planes quirúrgicos complejos y la obtención del consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos mayores se realizará siempre conjuntamente o bajo la supervisión directa del especialista responsable.

- Documentación clínica:
    - Redacción de la historia clínica (curso clínico, evolución diaria, notas de planta). Todas las altas, bajas y documentos médico-legales precisan el visado escrito previo del especialista antes de su validación definitiva.

- Técnicas y procedimientos propios de la especialidad:
    - Grado 1 (Observación): Procedimientos quirúrgicos mayores complejos, cirugías avanzadas o técnicas diagnósticas/terapéuticas de alto riesgo en las que el R1 participa inicialmente como espectador o ayudante secundario. Procedimientos quirúrgicos menores, curas complejas, participación como ayudante en cirugías generales programadas/urgentes, y técnicas instrumentales básicas, bajo la dirección y presencia física continuada del adjunto tutor.

Con respecto a los residentes de primer año, la **Orden SCO/1260/2007** (BOE núm. 110), dicta que deben de aprender unos procedimientos y técnicas al margen de las intervenciones quirúrgicas, que se detallan a continuación:

- 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

2. RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

A partir del segundo año, el residente asumirá progresivamente una mayor responsabilidad, con una disminución gradual del nivel de supervisión conforme demuestre la adquisición de las competencias correspondientes.

- Decisiones clínicas y Prescripción:
    - Bajo supervisión directa / Presencia física del especialista: Toda valoración inicial de pacientes complejos en urgencias o planta, instauración de tratamientos farmacológicos de alto riesgo, ajustes posológicos críticos y decisiones de ingreso o modificación sustancial del plan terapéutico.
    - Visado previo: La prescripción de altas hospitalarias, partes de baja laboral y la validación de informes de alta requerirán obligatoriamente el visado y firma previa del especialista responsable.

- Solicitud de pruebas complementarias:
    - Autónoma tutelada: Solicitud de pruebas analíticas rutinarias y de imagen básicas protocolizadas.
    - Bajo supervisión directa: Petición de pruebas especiales, radiología intervencionista, o exploraciones complejas asociadas al estudio preoperatorio o despistaje de complicaciones agudas.

- Información al paciente y familiares:
    - Bajo supervisión directa o con presencia del especialista: La comunicación de diagnósticos graves, pronósticos desfavorables, planes quirúrgicos complejos y la obtención del consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos mayores se realizará siempre conjuntamente o bajo la supervisión directa del especialista responsable.

- Documentación clínica:
    - Actividad: Confección de la historia clínica (curso clínico, evolución diaria, notas de planta). Todas las altas, bajas y documentos médico-legales precisan el visado escrito previo del especialista antes de su validación definitiva.

- Técnicas y procedimientos propios de la especialidad:
    - Nivel 1 (Observación): Procedimientos quirúrgicos mayores complejos, cirugías avanzadas o técnicas diagnósticas/terapéuticas de alto riesgo en las que el R1 participa inicialmente como espectador o ayudante secundario.
    - Nivel 2 (Realización con presencia física del especialista): Procedimientos quirúrgicos menores, curas complejas, participación como ayudante en cirugías generales programadas/urgentes, y técnicas instrumentales básicas, bajo la dirección y presencia física continuada del adjunto tutor.

3. RESIDENTES DE TERCER AÑO

El residente de tercer año podrá asumir un mayor grado de autonomía en las actividades habituales de la especialidad, manteniendo supervisión directa en aquellas actuaciones de mayor complejidad, riesgo o menor frecuencia.

- Decisiones Clínicas y Valoración de Pacientes
    - Autónomo: Valoración clínica diaria y evolución de pacientes ingresados en planta con patología quirúrgica general estándar. Ajuste de tratamientos de soporte, analgesia y fluidoterapia pautados en protocolos del servicio. Indicación y valoración inicial de urgencias quirúrgicas frecuentes (apendicitis aguda, colecistitis aguda no complicada, celulitis/infecciones de herida quirúrgica).
    - Comunicación al especialista: Cambios agudos en el estado hemodinámico o respiratorio del paciente hospitalizado. Hallazgos imprevistos en la evolución postoperatoria precoz.
    - Supervisión directa / Presencia física requerida: Manejo inicial del paciente politraumatizado grave o inestable en el área de urgencias. Toma de decisiones en pacientes con fallo multiorgánico o ingreso en UCI.
    - Obligatoriedad de solicitar valoración: Reintervenciones urgentes o sospecha de complicaciones graves (fuga anastomótica, hemorragia postoperatoria masiva, peritonitis difusa).

- Prescripción Farmacológica
    - Autónomo: Prescripción ordinaria de analgesia, antibioterapia profiláctica o empírica según guías clínicas del servicio, nutrición enteral/parenteral estándar y medicación habitual del paciente.
    - Comunicación al especialista: Modificación de pautas en pacientes con insuficiencia renal o hepática avanzada.
    - Supervisión directa / Presencia física requerida: Uso de fármacos vasoactivos o sedoanalgesia profunda fuera del ámbito de reanimación o quirófano.
    - Obligatoriedad de solicitar valoración: Prescripción de fármacos de uso restringido o fuera de indicación autorizada sin protocolo previo.

- Solicitud de Pruebas Complementarias
    - Autónomo: Solicitud de analíticas de control, gasometrías, electrocardiogramas, radiografías simples, ecografías clínicas básicas y tomografía computarizada (TC) abdominal urgente en patología frecuente (urgencias quirúrgicas estándar).
    - Supervisión directa / Presencia física requerida: Pruebas diagnósticas invasivas de alta complejidad o aquellas que requieran administración de contrastes especiales en pacientes de alto riesgo.
    - Obligatoriedad de solicitar valoración: Indicación de pruebas diagnósticas dudosas o radiología intervencionista compleja que suponga un cambio radical en la estrategia terapéutica.

- Información al Paciente y Familiares
    - Autónomo: Información clínica diaria sobre la evolución del proceso a pacientes y familiares. Obtención del consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos de baja y moderada complejidad incluidos en su cartera de competencias del año.
    - Comunicación al especialista: Situaciones de pronóstico infausto o discrepancias importantes con la familia.
    - Supervisión directa / Presencia física requerida: Información sobre complicaciones graves intra o postoperatorias que modifiquen sustancialmente el pronóstico vital o funcional.
    - Obligatoriedad de solicitar valoración: Procesos de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) o situaciones éticas complejas (requieren siempre la presencia del tutor o especialista responsable).

- Documentación Clínica
    - Autónomo: Redacción de historias clínicas de ingreso, notas de evolución diarias, informes de alta de hospitalización estándar y partes quirúrgicos de intervenciones realizadas bajo su autonomía o supervisión adecuada.
    - Comunicación al especialista: Incidencias médico-legales o eventos adversos ocurridos durante la asistencia.
    - Supervisión directa / Presencia física requerida: Validación y firma final de informes de alta complejos con éxitus o reclamaciones previas.
    - Obligatoriedad de solicitar valoración: Modificación de registros clínicos oficiales ante errores graves de codificación o responsabilidad legal.

- Técnicas y Procedimientos Propios de la Especialidad
    - Autónomo: Procedimientos diagnósticos y terapéuticos básicos (canalización de vía venosa central, sondaje vesical/nasogástrico complejo, paracentesis, toracocentesis). Cirugía menor ambulatoria y procedimientos quirúrgicos catalogados de baja complejidad (apendicectomía laparoscópica/abierta no complicada, herniorrafia inguinal primaria, colecistectomía laparoscópica estándar).

- Supervisión directa / Presencia física requerida: Cirugía mayor de complejidad moderada-alta (resecciones colónicas, cirugía hepatobiliopancreática mayor, cirugía esofagogástrica o vascular urgente). El adjunto supervisa activamente o realiza los tiempos críticos.
- Obligatoriedad de solicitar valoración: Aparición de complicaciones intraoperatorias graves (lesión vascular mayor, lesión iatrogénica de vía biliar o asas intestinales) con requerimiento de presencia física inmediata del especialista senior o jefe de guardia.

4. RESIDENTES DE CUARTO AÑO

El residente de cuarto año deberá aproximarse progresivamente al nivel de autonomía propio del especialista, manteniendo supervisión en aquellas actividades de especial complejidad, riesgo o alta cualificación.

- Autonomía supervisada (A demanda):
  - Toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas habituales en la planta de hospitalización o consultas externas. Procedimientos frecuentes de la especialidad en los que ya se ha demostrado destreza técnica (el especialista supervisa a distancia o está disponible de forma inmediata). Guardias con supervisión localizada (el adjunto descansa localizable, interviniendo solo ante complicaciones mayores o dudas complejas).

- Actividades que requieren supervisión directa obligatoria:
  - Procedimientos o técnicas de nueva introducción para el residente o de alta complejidad técnica. Intervenciones con riesgo elevado de complicaciones graves para el paciente (Grados 1-4). Decisiones críticas sobre el alta de pacientes de alto riesgo o cambios drásticos en planes terapéuticos complejos.

- Excepciones y Protocolos de Alerta:
  - Situaciones de parada cardiorrespiratoria, shock inestable o código de emergencia (donde se actúa bajo protocolo estricto hasta la llegada del adjunto responsable). Cualquier escenario en el que el R4 experimente dudas legítimas sobre la seguridad del paciente.

5. RESIDENTES DE QUINTO AÑO

En las especialidades con cinco años de duración, el residente de quinto año deberá alcanzar progresivamente la autonomía correspondiente al ejercicio profesional como especialista, sin perjuicio del deber general de supervisión.

- Nivel de Autonomía Progresiva

- Autonomía Operatoria: El R5 debe ser capaz de intervenir y resolver con autonomía la patología más frecuente y estandarizada de la especialidad (por ejemplo, apendicectomías, colecistectomías laparoscópicas complejas, reparaciones de pared abdominal básicas y avanzadas, y cirugía proctológica común).
- Toma de Decisiones Clínicas: Asume un rol de liderazgo en la planta de hospitalización, en la valoración de urgencias quirúrgicas y en las decisiones de indicación quirúrgica, consensuando los planes terapéuticos con el equipo adjunto.

Guardias de Especialidad: Ejerce como referente principal para los residentes de años anteriores (R1-R4) y es el primer eslabón resolutivo en el ámbito de guardia, manteniendo siempre la línea de comunicación directa con el especialista de guardia localizable o presencial.

- Actuaciones que Requieren Supervisión Directa
  - A pesar de la alta capacitación alcanzada, el R5 sigue siendo un profesional en formación. Por tanto, continúan requiriendo supervisión directa y presencia activa del especialista responsable las siguientes situaciones:
  - Cirugía de Alta Complejidad y Alto Riesgo: Procedimientos avanzados como resecciones hepáticas mayores, duodenopancreatectomías, cirugía esofagogástrica compleja, trasplantes (si aplica en el centro) o reintervenciones complejas por complicaciones graves.
  - Manejo de Complicaciones Críticas: Decisiones de reintervención urgente ante complicaciones postoperatorias severas (fístulas, hemorragias graves, fracaso multiorgánico).
  - Situaciones de Incertidumbre Anatómica o Técnica: Cualquier escenario intraoperatorio imprevisto en el que la seguridad del paciente pueda verse comprometida si no se cuenta con el criterio y la experiencia de un especialista senior.

- Competencias Transversales y de Liderazgo
  - Supervisión de Residentes Jóvenes: El R5 colabora activamente en la tutorización y enseñanza práctica de los residentes de menor nivel, tanto en quirófano como en la planta y las guardias.
  - Gestión y Planificación: Participación en la organización de quirófanos, sesiones clínicas del servicio, sesiones de mortalidad y morbimortalidad, y en la integración de la evidencia científica en la práctica diaria.

ÁREAS, ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALMENTE SIGNIFICATIVOS

Además del área de urgencias, el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo identifica como áreas o actividades especialmente significativas que requieren criterios específicos de supervisión.

Nivel 1: supervisión a demanda

Nivel 2: supervisión directa

Nivel 3 supervisión de presencia física.

Tabla de actividades específicas:

Habilidad / Competencia	R1	R2	R3	R4-R5
Utilización e interpretación de pruebas complementarias	3	2	1	1
Solicitud de pruebas especiales e interconsultas	3	2	1	1
Comunicación de la evolución al paciente y familiares	3	2	1	1
Redacción de hoja operatoria	3	2	1	1
Prescripción de tratamiento postoperatorio	3	2	1	1
Uso racional de antibióticos y anticoagulantes	3	2	1	1
Indicación y control de nutrición parenteral	3	2	1	1
Manejo evolución postoperatoria	3	2	1	1
Protocolos de preparación preoperatoria	3	1	1	1
Catéter venoso periférico	3	1	1	1
Catéter venoso central	3	2	1	1
Drenaje torácico	3	3	2	1
Toracocentésis	3	2	2	1
Infiltración de anestesia local	3	2-1	1	1
Técnicas asépticas y antisépticas en quirófano	3	2-1	1	1
Sutura de heridas superficiales	3	1	1	1
Desbridamiento de heridas infectadas	3	2	1	1
Drenaje de abscesos de partes blandas	3	2	1	1
Drenaje de absceso perianal	3	2	2	1
Indicación de vía de abordaje abierta/laparoscópica	3	2	1	1
Preparación del campo operatorio	3	1	1	1
Apertura y cierre de pared abdominal	3	2	1	1
Exposición del campo quirúrgico	3	2	1	1
Colocación de drenajes y VAC	3	2	1	1
Apendicectomía	3	2	1	1
Hernias incarceradas	3	2	1	1
Colecistitis	3	2	2	1
Obstrucción intestinal	3	2	2	1
Evisceraciones	3	2	1	1
Perforaciones intestinales	3	3	2	1
Isquemia intestinal y resección segmentaria	3	3	2	1
Exéresis de lesiones cutáneas/subcutáneas	3	1	1	1
Biopsias (arteria temporal, nervio sural, muscular, ganglionar)	3	2	1	1
Hernioplastias	3	2	1	1
Eventroplastias	3	2	2	1
Colocación de bandas hemorroidales	3	2	1	1

Hemorroidectomías	3	2	2	1
Tratamiento de fisura anal	3	2	1	1
Tratamiento de fístula anal	3	2	2	1
Laparoscopia exploradora	3	2	2	1
Colecistectomía laparoscópica reglada	3	2	1	1
Realización de estomas	3	2	2	1
Colocación y manejo de sondas de nutrición enteral	3	2	1	1
Control y retirada de drenajes	3	2	1	1
Reintroducción de tolerancia oral	3	2	1	1
Diagnóstico de desviaciones de la evolución postoperatoria	3	2	1	1
Participación en comités de tumores	3	2-1	1	1
Indicación y comunicación del alta	3	2	1	1
Informe de alta hospitalaria	3	2	1	1
Valoración del paciente en consulta externa	3	2	2	1
Inclusión en lista de espera quirúrgica	3	2	2	1
Elaboración de informe de consulta externa	3	2	1	1

Procedimientos quirúrgicos complejos.

Procedimiento	R1	R2	R3	R4-R5
Tiroidectomía y paratiroidectomía	3	3	2	1-2
Cirugía mamaria oncológica	3	3	2	2
Cirugía hepática	3	3	2-3	2
Cirugía pancreática (Whipple, pancreatectomías)	3	3	3	2
Cirugía de vía biliar compleja	3	3	3	2
Cirugía colorrectal compleja	3	3	2-3	2
HIPEC y citorreducción peritoneal	3	3	3	2
Gastrectomías oncológicas	3	3	3	2
Esofaguectomía	3	3	3	2
Cirugía bariátrica	3	3	2	1
Trasplante hepático y pancreático	3	3	3	2
Cirugía robótica (first assistant)	-	3	2	1

NIVELES DE SUPERVISIÓN EN LAS GUARDIAS DE LA ESPECIALIDAD

Durante las guardias y periodos de atención continuada, el residente deberá conocer en todo momento la identidad y el sistema de localización del especialista responsable de su supervisión.

- **Residentes de primer año:**
  La supervisión será siempre de presencia física por un especialista de plantilla. El R1 no podrá adoptar de forma autónoma decisiones de alta, ingreso, traslado o tratamiento definitivo, ni firmar sin visado los documentos asistenciales correspondientes.

  Identificación: Al inicio de cada guardia, se comunicará formalmente (mediante el tablón de anuncios del servicio, el parte de guardias o el sistema de distribución de turnos) el nombre del especialista de plantilla responsable de la supervisión asistencial.

  Sistema de Localización: Los especialistas de guardia estarán localizables de forma inmediata a través de un busca interno del hospital, con número 78821 o el 78823. Presencia física continuada en el área de hospitalización, urgencias o zona de guardia del servicio correspondiente. El especialista responsable estará accesible de forma inmediata para intervenir o valorar cualquier paciente que el R1 le presente o en el que su presencia sea requerida.

  Dado que el R1 se encuentra en su primer año de formación, no podrá adoptar de forma autónoma las siguientes decisiones clínicas ni administrativas:

  - Altas hospitalarias o domiciliarias: Cualquier alta médica debe ser evaluada, consensuada y firmada por el especialista responsable.
  - Ingresos hospitalarios: La decisión de ingreso en planta o en unidades de cuidados especiales requerirá la validación previa del adjunto.
  - Traslados: Los traslados internos (a otra unidad/servicio) o externos a otros centros deben ser autorizados por el especialista.
  - Tratamientos definitivos: La pauta de tratamientos de carácter definitivo o modificaciones mayores en patologías complejas debe ser supervisada antes de su instauración.
  - Documentación asistencial: El R1 no podrá firmar de forma autónoma (sin el visado o rúbrica conjunta del especialista) informes de alta, certificados médicos, partes de lesiones u otros documentos asistenciales de trascendencia legal o clínica.

- **Residentes de segundo año**

  1. Valoración inicial de pacientes

  Interconsulta de urgencias quirúrgicas generales (dolor abdominal agudo, apendicitis aguda típica, celulitis, abscesos superficiales, traumatismos menores). Control y evolución de pacientes ingresados en planta bajo responsabilidad supervisada.

Supervisión directa. El R2 puede realizar la anamnesis y exploración inicial de manera autónoma, pero debe estar disponible para consultar las dudas con el R mayor (R3/R4/R5) o con el adjunto de guardia.

2. Altas e ingresos

Ingresos: El R2 puede decidir y tramitar el ingreso de patologías quirúrgicas rutinarias o estandarizadas (ej. apendicitis aguda no complicada, colecistitis leve). Supervisión: Consulta previa obligatoria con el adjunto responsable antes de formalizar el ingreso definitivo o asignar quirófano urgente.

Altas: El R2 puede proponer el alta de pacientes ingresados cuya evolución sea favorable y cumplan criterios de alta protocolizados. Supervisión: Consulta previa y validación obligatoria por parte del médico adjunto responsable del paciente o de la guardia. El informe de alta debe ser revisado/firmado por el adjunto.

3. Pacientes graves o inestables

Participar en la resucitación inicial (ABCDE), canalización de vías periféricas/centrales básicas, petición de analíticas y pruebas de imagen urgentes. Supervisión: Directa e inmediata. Ante cualquier paciente con inestabilidad hemodinámica, politraumatismo, sepsis grave o abdomen agudo confuso, el R2 debe avisar de forma inmediata al adjunto de guardia y al R mayor, quienes deben personarse en la valoración.

4. Técnicas invasivas y procedimientos

Procedimientos que puede realizar de forma autónoma o con supervisión a demanda: Curas complejas, desbridamiento de abscesos superficiales, suturas complejas, colocación de sondas vesicales o nasogástricas, paracentesis diagnóstica.

Procedimientos que requieren supervisión directa: Intervenciones quirúrgicas en quirófano de urgencias (el R2 actúa como ayudante o cirujano principal en cirugías menores/intermedias bajo supervisión directa del adjunto, dependiendo de la destreza adquirida).

5. Situaciones médico-legales

Definición: Conflictos éticos, negativa a tratamientos, agresiones, altas voluntarias no firmadas, pacientes bajo custodia policial, lesiones por agresión física o accidentes de tráfico con posibles implicaciones judiciales, y éxitus (fallecimientos) en urgencias o planta. Supervisión: Consulta obligatoria y presencial inmediata con el médico adjunto de guardia. El R2 nunca debe gestionar de forma autónoma situaciones médico-legales complejas ni firmar certificados de defunción sin la supervisión y validación del adjunto.

- **Residentes de tercer año**

  El R3 está capacitado para tomar decisiones de forma autónoma y requerir la presencia del especialista únicamente a demanda (consultando vía telefónica o solicitando presencia física según criterio) en las siguientes situaciones:

  - Valoración y manejo en planta: Evaluación de pacientes quirúrgicos estables con evolución tórpida leve (fiebre autolimitada, dolor controlable con analgesia pautada). Ajuste de fluidoterapia, antibioterapia empírica según protocolos del servicio y analgesia. Solicitud e interpretación de pruebas complementarias de rutina (analíticas de control, radiografías simples, ecografías básicas de planta).
  - Actividad en Urgencias: Primera valoración de pacientes con sospecha de patología quirúrgica urgente frecuente (apendicitis aguda no complicada, colecistitis aguda leve-moderada, celulitis, abscesos superficiales). Indicación y realización de pruebas de imagen iniciales (Eco FAST, TC abdominal urgente con protocolo estándar).
  - Procedimientos Quirúrgicos: Realización como cirujano principal de intervenciones quirúrgicas de complejidad baja y moderada (apendicectomías laparoscópicas o abiertas, colecistectomías laparoscópicas no complicadas, drenaje de abscesos, cura y desbridamiento de heridas) bajo la supervisión presencial, según los criterios de autonomía progresiva definidos por el servicio.

  El R3 debe informar de inmediato y solicitar la presencia física del especialista de guardia en los siguientes escenarios críticos, complejos o de alto riesgo:

  - Pacientes Inestables: Cualquier paciente que presente inestabilidad hemodinámica (hipotensión arterial sistémica, taquicardia mantenida, signos de shock).
  - Deterioro respiratorio agudo o caída brusca de la saturación de oxígeno.
  - Alteración aguda del nivel de conciencia o signos de focalidad neurológica en el postoperatorio o paciente quirúrgico ingresado.
  - Casos de Elevada Complejidad Diagnóstica o Terapéutica:
  - Abdomen agudo con dudas diagnósticas significativas o hallazgos radiológicos complejos en pruebas de imagen (TC con sospecha de isquemia mesentérica, perforación libre generalizada, aneurisma aórtico roto).
  - Politraumatizados graves en el área de urgencias (activación de código trauma).
  - Pacientes inmunodeprimidos, oncológicos avanzados con complicaciones severas o con comorbilidades múltiples descompensadas.
  - Actuaciones de Especial Riesgo Quirúrgico o Intervencionista: Decisiones de reintervención quirúrgica urgente por complicaciones postoperatorias (hemorragia postquirúrgica, evisceración, peritonitis aguda postoperatoria).
  - Cirugías de urgencia de alta complejidad (laparotomías en pacientes con abdomen hostil, cirugía vascular urgente, resecciones intestinales extensas).

- Aparición de complicaciones intraoperatorias graves (hemorragias mayores no controladas, lesiones iatrogénicas de víscera hueca, vía biliar o grandes vasos).

Ante cualquier duda razonable sobre el manejo clínico, la seguridad del paciente o la idoneidad de un procedimiento, el R3 tiene la obligación y el respaldo de consultar y requerir la presencia del especialista de guardia, independientemente de la hora o la complejidad aparente. Registro en la Historia Clínica: Todas las incidencias relevantes, la comunicación con el especialista de guardia y las decisiones adoptadas de forma conjunta o supervisada deben quedar reflejadas de manera explícuat y fechada en la historia clínica del paciente.

- **Residentes de cuarto año**

Durante la guardia, el R4 de cuarto año podrá realizar las siguientes actividades de forma autónoma, informando siempre al especialista responsable de las incidencias relevantes:

- Urgencias y Valoración Clínica: Evaluación y diagnóstico inicial de pacientes politraumatizados o con patología quirúrgica urgente (abdomen agudo, apendicitis, colecistitis, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva, etc.).
- Indicación y solicitud de pruebas complementarias urgentes (analíticas, ecografía, TAC con contraste, radiografías).
- Toma de decisiones médicas iniciales y pauta de tratamiento conservador o preparación preoperatoria en pacientes con patología quirúrgica estándar.
- Atención a llamadas de enfermería y resolución de incidencias clínicas habituales en pacientes hospitalizados.

El R4 podrá realizar de forma autónoma (con el especialista en quirófano) las siguientes intervenciones quirúrgicas urgentes habituales:

- Apendicectomía laparoscópica o abierta (casos no complicados o de complejidad moderada).
- Colecistectomía laparoscópica urgente (según criterio del grado de inflamación y experiencia previa).
- Sutura de úlcera perforada o tratamiento quirúrgico de hernias estranguladas simples.
- Drenaje de abscesos superficiales y profundos, desbridamientos y manejo quirúrgico de pie diabético o infecciones de partes blandas.
- Reparación de heridas incisas complejas y control de hemorragias superficiales.

El R4 deberá requerir la presencia física y supervisión directa del especialista responsable en las siguientes circunstancias:

- Intervenciones quirúrgicas mayores o de alta complejidad:

- Cirugía de urgencia sobre la vía biliar principal, duodeno, páncreas o grandes vasos.
- Resecciones intestinales complejas con alto riesgo de dehiscencia o pacientes en situación de shock séptico/hipovolémico avanzado.
- Laparotomías exploradoras en pacientes con inestabilidad hemodinámica grave o politrauma severo con lesiones múltiples.
- Indicaciones complejas: Decisión de reintervención quirúrgica urgente de un paciente postoperado.
- Situaciones críticas: Pacientes que ingresan en situación de parada cardiorrespiratoria, shock refractario o fallo multiorgánico en el contexto quirúrgico.

Dificultad técnica imprevista: Cualquier situación intraoperatoria en la que el R4 encuentre hallazgos anatómicos no esperados o dificultades técnicas que superen su experiencia actual.

- **Residentes de quinto año**

El R5 de Cirugía se encuentra en su último año de formación especializada, por lo que posee un alto grado de autonomía técnica y resolutiva.

El residente de quinto año en ningún caso podrá sustituir al especialista responsable de la guardia. La presencia y responsabilidad última del especialista localizable o presencial según el tipo de guardia está garantizada en todo momento.

Actividades con Supervisión a Demanda: El R5 podrá realizar las siguientes actividades de forma autónoma, bajo un régimen de supervisión a demanda (el especialista debe estar localizable y el residente consultará cuando lo estime oportuno o surjan dudas):

- Valoración clínica en urgencias: Evaluación inicial, indicación de pruebas complementarias y diagnóstico de patologías quirúrgicas urgentes frecuentes (abdomen agudo, apendicitis, colecistitis, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, traumatismos abdominales leves/moderados).
- Indicación quirúrgica e intervención de urgencia: Indicación y realización como cirujano principal de procedimientos quirúrgicos urgentes habituales de complejidad moderada-alta (ej. apendicectomía laparoscópica/abierta, colecistectomía urgente, drenaje de abscesos, cura quirúrgica de hernias complicadas, laparotomías exploradoras por patología urgente habitual).
- Control y seguimiento de pacientes ingresados: toma de decisiones clínicas ordinarias y ajuste de tratamientos.
- Manejo de complicaciones postoperatorias frecuentes: Diagnóstico y tratamiento inicial de fiebre postoperatoria, íleo prolongado, retención aguda de orina, desajustes hidroelectrolíticos o sangrados leves de herida quirúrgica.
- Atención a interconsultas de otros servicios: Resolución de interconsultas quirúrgicas en planta o urgencias de complejidad estándar, informando posteriormente al adjunto responsable según proceda.

Consulta o Presencia Obligatoria del Especialista: El R5 deberá contactar de forma inmediata con el especialista responsable de la guardia (y requerir su presencia física en el quirófano o en el área asistencial) ante las siguientes situaciones excepcionales:

- Cirugía de alta complejidad o inescrutable: Cirugías urgentes sobre pacientes politraumatizados graves, rotura de aneurisma de aorta abdominal (AAA), exéresis o control de sangrados masivos retroperitoneales o torácicos, reintervenciones urgentes por shock hemorrágico o peritonitis difusa grave de difícil manejo.
- Inestabilidad hemodinámica grave o fracaso multiorgánico: Pacientes ingresados o en urgencias en situación de shock refractario, parada cardiorrespiratoria, o deterioro clínico agudo no catalogado que no responde a medidas iniciales.
- Complicaciones intraoperatorias graves: Lesiones iatrogénicas mayores no controladas (lesión de vía biliar principal, lesión vascular mayor, lesión intestinal extensiva o de órganos vecinos) durante una intervención quirúrgica.
- Dificultad técnica insalvable o discrepancia en la estrategia: Hallazgos intraoperatorios inesperados que superen la experiencia del R5 o dudas insalvables sobre la estrategia quirúrgica a seguir.
- Decisiones éticas o conflictivas complejas: Negativa a tratamientos vitales, situaciones de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en contexto de guardia, o conflictos graves con familiares/pacientes que requieran la autoridad del especialista.
- Cualquier situación en la que el R5 considere que sus habilidades o conocimientos actuales son insuficientes para garantizar la seguridad del paciente.

DIFUSIÓN, APROBACIÓN Y REVISIÓN

El presente protocolo será conocido y aplicado por todos los profesionales implicados en la supervisión de residentes y por los propios residentes. Será facilitado a los residentes al inicio de su formación o rotación y estará disponible en la página web de Riojasalud.

El protocolo ha sido consensuado con los órganos de dirección del centro y aprobado por la Comisión de Docencia. Se revisará cada anualmente y siempre que se produzcan cambios normativos, formativos u organizativos relevantes.