



# PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN

## CIRUGÍA TORÁCICA

**Versión: 1**

**Fecha: 15 de marzo de 2022**

**Elaborado por: Ivan Macía Vidueira, MD, PhD.**

**Aprobado por la Comisión de Docencia en fecha:  
28/03/2022**

## Objetivo del protocolo

Describir el **nivel de supervisión** requerido para las actividades asistenciales que lleven a cabo los residentes.

El protocolo debe ser conocido por todos los **residentes** de la especialidad y por **todos los profesionales asistenciales** de las diferentes áreas donde se forman los residentes.

Este documento está disponible para su consulta en la página web y en la intranet del centro.

## Marco Legal

- Toda la estructura del sistema sanitario debe estar disponible para ser utilizada en la enseñanza de grado, la formación especializada y continua de los profesionales.
- El deber general de supervisión es inherente al ejercicio de las profesiones sanitarias en los centros donde se forman residentes.
  - o *Artículo 104 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.*
  - o *Artículo 34.b de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*
  - o *Artículo 12.c de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.*
- Las comisiones de docencia deben elaborar protocolos escritos para graduar la supervisión de las actividades que realicen los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias u cualquier otra que se considere de interés.
- Los protocolos deben ser presentados a los órganos de dirección del centro para que el/la Jefe de Estudios acuerde con ellos su aplicación y revisión periódica.
  - o *Artículo 15.5 del RD 183/2008, de 8 de febrero, por el cual se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*
  - o *Artículo 15.5 del Decreto 165/2015, de 21 de julio, de Formación sanitaria especializada en Cataluña.*

## Ámbito de aplicación

Este protocolo de supervisión es aplicable a **todos los residentes** que estén llevando a cabo su programa de formación sanitaria especializada en **Cirugía Torácica** en el Hospital Universitario de Bellvitge.

Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en nuestra unidad docente como a aquellos de unidades docentes externas

que estén realizando una rotación, debidamente autorizada, en nuestra unidad docente.

## Deber de supervisión

El deber general de supervisión es **inherente a los profesionales** que prestan servicios en las diferentes unidades asistenciales donde se forman los residentes. Estos profesionales tienen la obligación de informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los diferentes dispositivos que integran la unidad docente deben **programar las actividades** asistenciales de los residentes en coordinación con sus tutores, con el fin de facilitar el **cumplimiento del itinerario formativo** de la especialidad y la **integración supervisada** de los residentes en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en estas unidades, sujeto al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

La Comisión de Docencia y los órganos de dirección deben establecer los mecanismos necesarios para facilitar el cumplimiento del itinerario formativo y la supervisión adecuada de los residentes en cada unidad o dispositivo por el QUE rotan los residentes.

## Supervisión decreciente durante la residencia

El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las diferentes especialidades en Ciencias de la Salud.

Este sistema formativo supone **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 llegar al grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad sanitaria.

En aplicación de este principio rector, los residentes deben seguir las indicaciones de los especialistas que prestan servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a estos especialistas y a sus tutores todas las cuestiones que surjan como consecuencia de esta relación.

Como normas generales del Hospital Universitario de Bellvitge:

1. Los residentes tendrán en todas las rotaciones un **profesional de plantilla** que supervisará su trabajo.
2. La supervisión de los residentes de **primer año** será de **presencia física**.
  - a. Será responsabilidad de los especialistas que prestan servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad por los cuales estén rotando o prestando servicios de atención continuada los residentes.
  - b. Los mencionados especialistas deben visar por escrito las altas, bajas y otros documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

3. **A partir del segundo año, la supervisión será progresivamente decreciente.**

- a. A estos efectos, el tutor/a del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que prestan servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión requerida por los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.
- b. En todo caso, el residente tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la cual preste servicios y podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

## **Graduación de la supervisión de las actividades asistenciales**

La capacidad para realizar ciertas actividades asistenciales por parte de los residentes está relacionada con su nivel de competencias y su experiencia, en gran medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar son un determinante importante. Estos factores condicionan el **grado de supervisión** que necesitan.

### **Nivel 3. Supervisión alta**

El residente tiene conocimiento teórico de ciertas actuaciones, pero no experiencia. Observa y ayuda al especialista de plantilla que es quien realiza la actividad o el procedimiento.

### **Nivel 2. Supervisión media**

El residente tiene suficiente conocimiento, pero no la experiencia necesaria para llevar a cabo una determinada actividad asistencial de forma independiente. Realiza la actividad o el procedimiento bajo supervisión directa\* del especialista responsable.

### **Nivel 1. Supervisión baja o a demanda**

Las competencias adquiridas permiten al residente llevar cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa. Ejecuta y luego informa al especialista responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

\*Supervisión directa significa que el especialista que está supervisando al residente conoce lo que está haciendo, interviene cuando lo considera necesario y responde a sus consultas o solicitudes de intervención. La supervisión directa no implica necesariamente que el especialista esté presente físicamente durante toda la actividad o procedimiento.

- 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, siempre se establece el Nivel de Supervisión máximo al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

Cuando un/a residente no alcanza las competencias necesarias para progresar en su formación, no se puede disminuir el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, debiéndose notificar este hecho al tutor/a del residente, quien podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se compruebe que la progresión del residente garantiza la calidad de la formación.

## **Nivel de supervisión en el ámbito de Urgencias**

La actividad urgente realizada por los facultativos residentes representa uno de los pilares fundamentales durante su etapa formativa. Es por este motivo que debe estar perfectamente estructurada y planificada, de forma que sea de máximo provecho durante el período de residencia.

La práctica asistencial de carácter urgente requiere la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarios para poder realizar diagnósticos rápidos, precisos y seguros, instaurando el tratamiento adecuado para cada situación, y al mismo tiempo identificando de forma precoz la patología grave, que requiere una respuesta inmediata.

La adquisición de los conocimientos se debe realizar de manera progresiva basándonos en unos objetivos docentes predeterminados.

La responsabilidad del médico está directamente vinculada con la toma de decisiones. La actuación de los facultativos residentes resulta de una práctica tutelada y programada y, por lo tanto, la asunción de responsabilidad debe ir vinculada a la progresiva adquisición de conocimientos y habilidades, de tal forma que el grado de supervisión puede y debe ir reduciéndose a medida que avanza el proceso formativo, adquiriendo progresivamente mayor nivel de autonomía y responsabilidad.

## **Estructuración de la docencia durante la asistencia urgente de las guardias troncales en el Hospital Universitario de Bellvitge**

Los facultativos residentes, durante la realización de las guardias troncales (R1 en el caso de Cirugía Torácica), se encuentran ubicados en las diferentes áreas del Servicio de Urgencias (Módulo A, módulo B, módulo C y módulo D),

estando supervisados en todo momento por los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias y los diferentes facultativos especialistas a los que pueden consultar en función de la patología del paciente.

El **nivel de supervisión** necesario en el **ámbito de Urgencias** queda reflejado en la siguiente tabla:

Habilidad	Nivel de supervisión
	n R1
Realización de una anamnesis completa	3-2
Exploración física	3-2
Valoración rápida de la gravedad del paciente	3-2
Solicitar exploraciones complementarias	3-2
Presentación e información al paciente y familia	2-3
Interpretar las exploraciones complementarias básicas: analítica, ECG, radiografía de tórax, radiografía abdominal	3-2
Manejo de la fase aguda y descompensaciones de patologías médicas	3
Diagnóstico de la patología quirúrgica aguda	3
Reanimación cardiopulmonar básica	3
Conocimientos básicos de la vía aérea	3
Realización de punciones arteriales y venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, artrocentesis	3
Validación de informes clínicos	3
Indicación del tratamiento antibiótico según protocolo del centro	3-2
Desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de heridas inciso-contusas	3-2
Realización de técnicas de anestesia local	3-2
Interpretación y utilización de los monitores	3-2
Realización de una cardioversión	3
Decisión sobre la indicación de ingreso	3

## Nivel de supervisión de las actividades propias de la especialidad

Actividad	Nivel de supervisión				
	R1	R2	R3	R4	R5
<b>ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN</b>					
Anamnesis, exploración física	3-2	2-1	1	1	1
Seguimiento del paciente hospitalizado postoperatorio	3-2	2	2	1-2	1
Seguimiento del neumotórax	3-2	2	1	1	1
Seguimiento del empiema	3	2-3	2	2-1	1
Seguimiento del traumático	3	2	2	2-1	1
Realización de informes clínicos	3-2	2-1	1	1	1
Validación de informes clínicos	3-2	2-1	1	1	1
Pleurodesis con sangre autóloga	3	2	1	1	1
Colocación de sondas de foley torácica	3	2	1	1	1
Toracocentesis diagnóstica y evacuadora	3-2	1	1	1	1
Realizar ecografías torácicas	3	2	1	1	1
Uso racional e interpretación de radiología simple de tórax	3-2	1	1	1	1
Uso racional e interpretación de TC de tórax	3-2	2	2-1	1	1
Informar de forma autónoma a pacientes y familiares	3-2	1	1	1	1
<b>ÁREA DE QUIRÓFANO</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>
Traqueotomía	3	3-2	2	2	2
Toracotomía	3	3-2	2-1	1	1
Estereotomía mediana	3	3	2	2	2
Resección pulmonar segmentaria no anatómica	3	2	2	2	2-1

Resección pulmonar anatómica (lobectomía, neumonectomía)	3	3	3-2	2	2
Segmentectomía típica anatómica	3	3	3-2	2	2
Resección de lesiones mediastínicas	3	3	3-2	2	2
Resección de pared torácica	3	3	3-2	2	2
Cirugía traqueal	3	3	3	3-2	2
Reparación del diafragma	3	3	2	2	2
Mediastinoscopia	3	3	3	2	2
Simpatectomía	3	2	2	2	2
Toracoscopia pleural	3-2	2	2	2-1	2-1
Colocación de drenajes pleurales permanentes	3	2	2-1	1	1
Vía de abordaje Clamshell	3	3	3	2	2
<b>ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>
Control de sondas de foley torácica	3	2	1	1	1
Primeras visitas de hiperhidrosis	3	3-2	1	1	1
Primeras visitas de patología pleural	3	2-1	1	1	1
Primeras visitas de neoplasias torácicas	3	2	2	2	1
Seguimiento de patología pleural	3	2-1	1	1	1
Participación en comité multidisciplinar	3	3	3	2	2-1
<b>ÁREA DE URGENCIAS/GUARDIA</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>
Drenaje de ocupaciones pleurales no complicadas	3-2	1	1	1	1
Drenaje de ocupaciones pleurales complicadas	3	2	2	2-1	2-1
Reparación quirúrgica de lesión pulmonar traumática	3	2	2	2	2
Desbridamiento quirúrgico de la pleura	3	3	3-2	2	2
Desbridamiento quirúrgico del mediastino	3	3	3-2	2	2
Ingreso de pacientes tributarios de seguimiento	3	1	1	1	1

## GUARDIA

- Guardias presenciales de especialidad con adjunto cirujano torácico localizado a partir de R2 y hasta el final de la residencia. Puede requerir la presencia del adjunto en el hospital en caso de ser necesario.
- El residente deberá consultar cuando considere que necesita supervisión y en todo caso cuando se presente:
  - Paciente grave con patología tributaria de cirugía torácica en cualquier área del hospital.
  - Paciente potencialmente grave con patología tributaria de cirugía torácica en cualquier área del hospital.
  - Enfermos con complicaciones respiratorias agudas (neumonía aguda, broncoespasmo refractario, atelectasia, insuficiencia respiratoria aguda, fístula broncopleural, tromboembolismo pulmonar, hemoptisis relevantes) y postoperados de cirugía torácica, ingresados en cirugía torácica o interconsultas que requieran o hayan requerido valoración por cirugía torácica.
  - Enfermos que requieran o potencialmente requieran gestión quirúrgica: hemotórax, traumáticos graves, empiemas agudos o con sepsis, mediastinitis, heridas por arma blanca o arma de fuego.



- Asumirá mayor responsabilidad según su progresión y capacidad, pero en ningún caso será el responsable máximo, quien será el adjunto cirujano torácico de guardia.
- En situación de emergencia se debe avisar a los adjuntos de presencia física de cirugía general y aparato digestivo que asumirán la responsabilidad de los pacientes mientras llega el especialista localizado.

En la rotación de trasplante, la supervisión será nivel 2-3 para el abordaje quirúrgico del donante y el explante. Para gran parte de las actividades, el nivel será 3: participación en comités, indicación de pruebas complementarias, detección de donantes, implante pulmonar, manejo de las complicaciones postoperatorias y seguimiento.

En el último año de formación del especialista en formación, prácticamente todas las actuaciones deberían asociarse a un nivel de supervisión 1. No obstante, dado que la cirugía es una actividad realizada en equipo, el especialista en formación deberá liderar los pasos en el transcurso del acto quirúrgico y siempre estará supervisado por el adjunto, quien tomará el papel de primer ayudante, como norma general. En el caso de las técnicas de mayor dificultad, deberán ser supervisadas o parcialmente realizadas por el adjunto (nivel 2).

### **Nivel de supervisión en las rotaciones fuera de la especialidad**

En la rotación de cirugía general y digestiva, de reanimación de urgencias, de reanimación postquirúrgica, de medicina intensiva, de angiología y cirugía vascular, y de cirugía cardíaca, la mayoría de los procedimientos médicos deben ser tutelados (nivel 2-3).

En la rotación de neumología general, todas las exploraciones físicas y la elaboración de historias clínicas tienen un nivel 1 de supervisión.

En la rotación de neumología oncológica, la anamnesis, la elaboración de informes clínicos con las pruebas complementarias o la prescripción de pruebas complementarias tienen un nivel de supervisión 2. Los procedimientos con maniobras más agresivas, como la toracocentesis o la colocación de drenajes pleurales permanentes, tienen un nivel 2.

La indicación y realización de cualquier procedimiento endoscópico flexible necesita la supervisión directa de un facultativo especialista (nivel 2). En el caso de las broncoscopias rígidas o de la ecobroncoscopia, la supervisión será de nivel 3.