



HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Comisión de Docencia · Formación Sanitaria Especializada

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD

Médicos Internos Residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo

Versión 3.0 · Actualización Mayo 2026

Supervisado por	Autores
Francisco de Borja Hernández Moreno Presidente de la Comisión de Docencia Jefe de Estudios (JdE) FSE — HUGV	Dr. Santiago González Ayora Tutor de Residentes de Cirugía General Dra. María José Fraile Vilarrasa Jefa del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

V.	Fecha	Modificación	Resp.
1.0	2019	Versión Inicial	JdE/Tutor
2.0	Mayo 2025	Actualización del protocolo.	JdE/Tutor
3.0	Mayo 2026	Revisión 2026 (Plan de Mejora FSE). Actualización de formato institucional y normativa.	JdE/Tutor



ÍNDICE

1. Introducción

2. Normativa aplicable

3. Principios generales de la supervisión

4. Objetivos docentes de la actividad asistencial

4.1 Definición de los niveles de supervisión

4.2 Supervisión por año de residencia

5. Tareas y responsabilidades de los facultativos

6. Circunstancias especiales de supervisión obligatoria

Anexo 1. Supervisión en guardias y atención continuada

Anexo 2. Supervisión de la especialidad

1. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario General de Villalba (HUGV) tiene como objetivo principal impartir una docencia de calidad a los residentes basada en la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad.

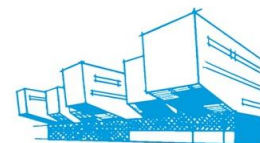
El Real Decreto 183/2008 establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos los aspectos relativos a la supervisión, haciendo especial mención a las áreas asistenciales significativas. Es por ello que la Comisión de Docencia ha elaborado protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía para los residentes del HUGV.

2. NORMATIVA APLICABLE

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- 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 (artículo 15).
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, sobre protección del derecho a la intimidad del paciente por alumnos y residentes.
- Resolución de 21 de marzo de 2018 (corregida el 3 de julio de 2018) de la Dirección General de Ordenación Profesional, sobre directrices básicas de los documentos acreditativos de las evaluaciones de especialistas en formación.
- Real Decreto 589/2022, de 18 de julio, por el que se regulan las especialidades en Ciencias de la Salud.

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión de los residentes de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008:



1. El RD 183/2008 reconoce el deber general de supervisión como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los dispositivos asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.
2. La responsabilidad del residente deberá ser progresiva: asunción progresiva de responsabilidades y nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de competencias, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad.
3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten.
4. La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física. Los especialistas supervisores visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.
5. La supervisión decreciente a partir del segundo año tendrá carácter progresivo. El tutor podrá impartir 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.

PRINCIPIO FUNDAMENTAL

Todo residente, independientemente de su año de formación, deberá consultar al adjunto supervisor ante cualquier duda en el manejo de un paciente.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El objetivo de la formación médica especializada es dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (LOPS, artículo 15.2).

4.1 Definición de los niveles de supervisión

Nivel	Denominación	Descripción	Implicación del especialista
3	Supervisión alta (realización por especialista)	El residente solo tiene conocimiento teórico, sin experiencia práctica.	La actividad es realizada por el especialista. El residente observa y asiste.
2	Supervisión media (supervisión directa)	El residente tiene conocimiento teórico pero experiencia insuficiente para actuar de forma independiente.	Actividad bajo supervisión directa del adjunto de plantilla, que está físicamente presente.
1	Supervisión baja (a demanda)	Las habilidades adquiridas permiten actuar de manera independiente sin tutorización directa.	El residente ejecuta e informa al adjunto. Solicita supervisión si lo considera necesario.

4.2 Supervisión por año de residencia

Año	Características de la supervisión
R1	Supervisión de presencia física en todo momento. Los especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos clínicos. En tareas con competencias propias de la especialidad (guardias de especialidad), es imprescindible la supervisión de presencia física. En tareas más generales ya adquiridas, basta con comentar las actuaciones con el colaborador docente para su validación a posteriori.
R2 - R3	La responsabilidad irá aumentando de manera progresiva. Se asignarán pacientes más complejos según mejore la competencia profesional. La supervisión pasa de directa a indirecta con carácter progresivo.



R4 - R5

Actúan con nivel de autonomía máximo (nivel 1), salvo para tareas que precisan cierto grado de superespecialización, que deben realizarse bajo supervisión directa de especialistas capacitados. En los últimos 6 meses de residencia deben tener las competencias esperadas de un especialista recién graduado.

5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

- Durante los primeros años de formación, el especialista supervisará de forma directa todas las actuaciones del residente. Según va adquiriendo experiencia y habilidad, el facultativo puede pasar a realizar una supervisión indirecta, principalmente en la toma de decisiones en el pase de visita o en la atención en Consultas Externas.
- El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento invasivo sobre un paciente.
- El residente debe contactar con el especialista en caso de duda diagnóstica o terapéutica.

6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE SUPERVISIÓN OBLIGATORIA

En las siguientes circunstancias, el residente estará supervisado durante toda su residencia, independientemente del año de formación:

- Situaciones críticas y de especial gravedad que repercutan sobre la supervivencia inmediata del paciente.
- Situaciones de conflicto con pacientes o familiares.
- Conflictos entre diferentes servicios o profesionales sanitarios en torno al tratamiento de un paciente.
- Decisiones sobre traslados hospitalarios y cambios de centro.
- Adquisición de nuevas técnicas quirúrgicas y primeras intervenciones complejas.



ANEXO 1 — NIVELES DE SUPERVISIÓN EN GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA

3	Realización por especialista	2	Supervisión directa del adjunto	1	Autónomo — supervisión a demanda
----------	------------------------------	----------	---------------------------------	----------	----------------------------------

Habilidad / Actuación	R1	R2	R3	R4-R5
Presentación e información a familiares y paciente	2	1	1	1
Comunicación de malas noticias	3	2	1	1
Elaboración de historia clínica y orientación del motivo de consulta	3	1	1	1
Exploración física general y específica	3	1	1	1
Valoración de la gravedad de un paciente	3	2	1	1
Evaluación del estado mental del paciente	3	2	1	1
Uso racional e interpretación de pruebas complementarias básicas (analítica, ECG, Rx)	3	2	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	3	2	1	1
Solicitud de interconsultas a especialistas	3	2	1	1
Técnicas diagnósticas (paracentesis, toracocentesis, accesos venosos)	3	2	1	1
Sondaje vesical y nasogástrico	3	2	1	1
Monitorización de un paciente urgente	2	1	1	1
Uso de principales fármacos de urgencias	3	1	1	1
Uso de antibióticos	3	2	2	1
Valoración inicial del politrauma	3	3	2	1
RCP básica	3	1	1	1
RCP avanzada y soporte ventilatorio no invasivo	3	3	2	1
Decisión del destino del enfermo en urgencias: alta, ingreso en planta, ingreso en unidades especiales (UCC, UCI, UCIR)	3	3	2	1

Recuerda: Nivel 1 no significa ausencia de supervisión. El residente puede actuar sin tutorización directa, pero **siempre debe informar al adjunto y consultar ante cualquier duda.**

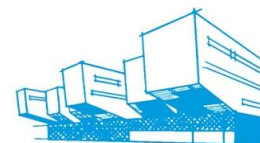


ANEXO 2 — NIVELES DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD

Los niveles de supervisión específicos de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo, incluyendo actividad quirúrgica, se recogen en la siguiente tabla. Están adecuados a las habilidades y experiencia de cada residente en particular, y deben ser considerados como orientativos — el tutor podrá ajustarlos en función del proceso individual de adquisición de competencias.

3	Realización por especialista	2	Supervisión directa del adjunto	1	Autónomo — supervisión a demanda
----------	------------------------------	----------	---------------------------------	----------	----------------------------------

Habilidad / Actuación	R1	R2	R3	R4-R5
Historia clínica, valoración global del paciente quirúrgico e identificación de problemas	3	1	1	1
Exploración física orientada al paciente quirúrgico	3-2	1	1	1
Exposición oral de la historia clínica	3	1	1	1
Pase de guardia y resumen de los pacientes en la sesión clínica diaria	3-2	1	1	1
Uso racional de pruebas complementarias y valoración del resultado	3	2	1	1
Solicitud de pruebas especiales e interconsultas a otros especialistas	3	2	1	1
Comunicación de la evolución al paciente y sus familiares	3	2	1	1
Comunicación a enfermería del plan de tratamiento	2	1	1	1
Redactar una hoja operatoria	3	1	1	1
Ordenar tratamiento postoperatorio	3	1	1	1
Empleo racional de antibióticos y anticoagulantes en el paciente quirúrgico	3	3-2	1	1
Indicar y controlar una nutrición parenteral	3	3-2	1	1
Manejo de la evolución postoperatoria en planta de hospitalización	3	3-2	1	1
Anotaciones de evolución estructuradas en la historia clínica	2	1	1	1
Conocimiento de protocolos de preparación preoperatoria	3	1	1	1
Colocación de catéter venoso periférico	3	1	1	1
Indicación y canulación de catéter venoso central	3	2	1	1
Colocación de tubos de drenaje torácico	3	3	2	1
Toracocentesis postoperatoria (diagnóstica, terapéutica)	3	3	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	2-1	1	1
Desbridamiento y limpieza de heridas infectadas	3	2	1	1
Drenaje de absceso de partes blandas	3	2-1	1	1
Drenaje de absceso perianal	3	3-2	2	1
Indicar la vía de abordaje (abierto, laparoscópica, robótica)	3	2	1	1
Preparación del campo operatorio	3	1	1	1
Apertura y cierre de pared abdominal	3	3-2	2	1



Exposición del campo quirúrgico	3	3-2	1	1
Colocación de drenajes y dispositivos de limpieza (VAC)	3	3-2	1	1
Apendicetomía	3	3	2	1
Hernioplastia	3	3	2	1
Colecistectomía	3	3	2	1
Cirugía proctológica	3	3	2	1
Montaje y acoplamiento del sistema robótico	3	2	1	1
Laparotomía urgente	3	3	2	1
Laparoscopia urgente	3	3	2	1

Francisco de Borja Hernández Moreno

Jefe de Estudios FSE — Presidente de la Comisión de Docencia · HUGV

Collado Villalba, mayo de 2026

Firma: