

---

## PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN “CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA” (C.O.T.) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Marzo, 2017

---

### Objetivos docentes

De forma general los **objetivos docentes** de la actividad en el área asistencial en Traumatología serán:

- Adquirir agilidad y soltura en el manejo de los enfermos atendidos en consultas, hospitalizados y en urgencias. En este sentido es importante que se incorporen desde el principio, con creciente responsabilidad, en el manejo de los pacientes.
- Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- Alcanzar la necesaria seguridad e incrementar su nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas de los enfermos.
- Durante la formación deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan prestar correctamente asistencia a los pacientes, realizar labores de prevención y promoción de la salud, así como asegurarse una autoformación continuada. Estos objetivos vienen regulados por el programa oficial creado por la Comisión Nacional de la Especialidad.

La diversidad y el volumen de pacientes y situaciones que se viven a lo largo de la residencia es enorme. Debido a la presión asistencial, normalmente mayor en la urgencia, puede ser difícil conseguir que el aprendizaje sea fácil. Todos los médicos adjuntos del Servicio de COT, y los responsables de la guardia del Servicio, lo son también de la tutela y supervisión del residente.

### Funciones

Las **funciones** del Médico Interno Residente variarán según vayan adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

El Residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un MÉDICO, siendo su derecho recibir docencia y supervisión; pero su deber será prestar una labor asistencial (aunque siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al adjunto encargado de su supervisión).

## Supervisión

La **supervisión** del Médico Interno Residente variará también según vayan adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

En función de las leyes publicadas en el BOE todos los Médicos Internos Residentes deben ser supervisados durante su periodo de formación, siendo el grado de supervisión decreciente, según gana en autonomía y responsabilidad a lo largo de su residencia.

### Residentes de 1º año

La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los especialistas 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.

### Supervisión del residente durante las rotaciones

Durante los cinco años de formación del residente COT, éste deberá adquirir conocimientos y habilidades para prestar la adecuada asistencia a los pacientes. Los residentes R1 de Rehabilitación y R2 de medicina de familia también rotan unas semanas por nuestra Unidad. La formación del médico residente implica la asunción progresiva de responsabilidades tanto en las rotaciones obligatorias, como en las electivas, ya sean internas o externas, como en las guardias realizadas en los diversos servicios de Urgencias hospitalarios o servicios específicos (cirugía, politrauma, etc). Su nivel de responsabilidad supone también que la supervisión será decreciente a medida que se avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

Cada uno de los miembros del Servicio asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad (*Decreto 183/2008, Art. 14 establece el "deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes"*).

El residente por su parte deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su autoaprendizaje, y atendiendo a las indicaciones de los especialistas de las diferentes unidades y secciones por donde estén rotando, sin perjuicio de plantear a dichos profesionales y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

**Niveles de autonomía y responsabilidad** (*graduación según acuerdo Com. Docencia HUGU, 2017*)

1. **Responsabilidad máxima/ supervisión a demanda, nivel 1:**
  - a. las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa.
  - b. el residente está capacitado para actuar y después informar al adjunto responsable.
  - c. solicita supervisión si lo considera necesario .
  
2. **Responsabilidad media/ supervisión directa, nivel 2:**
  - a. el residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente.
  - b. las actividades complejas se realizan bajo la supervisión directa del adjunto
  
3. **Responsabilidad mínima, nivel 3:**
  - a. el residente sólo tiene conocimiento teórico de determinadas actuaciones , pero ninguna experiencia.
  - b. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas / asistidas en su ejecución por el residente

| NIVELES RESPONSABILIDAD RESIDENTES C.O.T. en el H.U.GU.  |                       |       |       |
|--|-----------------------|-------|-------|
| COMPETENCIA  | NIVEL RESPONSABILIDAD |       |       |
|  | R1                    | R2-R3 | R4-R5 |
| <b>AREA ASISTENCIAL</b>  |                       |       |       |
| Realizar una correcta historia clínica, anamnesis y exploración completa del paciente  | 1-3                   | 1     | 1     |
| Interpretar la semiología del paciente, hacer una valoración inicial de la situación clínica   | 1-3                   | 1-2   | 1     |
| Emitir un juicio clínico de presunción y establecer el diagnóstico diferencial   | 1-2                   | 1     | 1     |
| Solicitar e interpretar pruebas complementarias diagnósticas, e iniciar un tratamiento, sopesando su eficacia y seguridad para el paciente                                       | 1-3                   | 1-2   | 1     |
| Mantener una adecuada y correcta relación con el paciente y sus familiares, informándoles adecuadamente del estado del paciente y de las posibilidades diagnóstico-terapéuticas. | 1-2                   | 1     | 1     |
| Dar un alta o ingresar a un paciente, con el correspondiente informe   | 3                     | 1-2   | 1     |
| Gestionar, de manera autónoma, toda la documentación clínica necesaria (protocolos, solicitudes de pruebas diagnósticas, partes...)  | 2-3                   | 1-2   | 1     |
| Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente, de la situación clínica de los pacientes a su cargo.   | 1-2                   | 1     | 1     |
| Manejar un traumatismo pélvico y de extremidades   | 1-3                   | 1-2   | 1     |
| Manejar un traumatismo de columna vertebral  | 1-3                   | 1-2   | 1     |
| Manejar al paciente politraumatizado   | 3                     | 2-3   | 1-2   |
| Manejar un traumatismo medular   | 3                     | 2-3   | 1-2   |
| Manejar Esguinces  | 1-3                   | 1-2   | 1     |
| Manejar Luxaciones articulares   | 1-3                   | 1-2   | 1-2   |
| Manejar Lesiones musculotendinosas   | 1-3                   | 1-2   | 1     |
| Manejar Heridas  | 1-3                   | 1-2   | 1-2   |

|   |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|
| Manejar Fracturas   | 1-3 | 1-2 | 1-2 |
| Manejar Fracturas abiertas  | 3   | 2   | 1-2 |
| Manejar Artritis Aguda  | 1-3 | 1-2 | 1-2 |
| Vendajes compresivos  | 1-3 | 1-2 | 1   |
| Férulas de yeso y metálicas y yesos completos   | 1-3 | 1-2 | 1   |
| Inmovilización pertinente de las diferentes articulaciones para traslado  | 1-3 | 1-2 | 1   |
| Drenaje de abscesos, toma de muestras microbiología   | 1-3 | 1-2 | 1   |
| Saber realizar las gestiones para activar los recursos sanitarios de emergencia   | 3   | 2   | 1   |
| Decidir sobre el destino del paciente y sobre la necesidad de valoración del enfermo por otro especialista (cardiólogo, anestesista, otras especialidades de guardia).  | 3   | 1-2 | 1-2 |
| Llevar el control y responsabilidad de la consulta o de la guardia, bajo la supervisión del médico adjunto del servicio que esté de titular (en situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez, lo pondrá en conocimiento del adjunto de guardia, responsable de urgencias o del jefe de la guardia, según proceda)  | 3   | 1-2 | 1-2 |
| Cirugías aparato locomotor habituales y/o sencillas   | 2-3 | 2   | 2   |
| Cirugías aparato locomotor complejidad media  | 3   | 3   | 2   |
| Cirugías aparato locomotor de alta complejidad o riesgo   | 3   | 3   | 3-2 |
| <b>AREA DOCENCIA</b>  |     |     |     |
| Ayudar y orientar a residentes y estudiantes de grado que roten por la Unidad Docente o en Urgencias  | 3-1 | 1   | 1   |
| Elaborar una presentación para una sesión docente para el servicio, un seminario o sesión inter-hospitalaria.   | 3-2 | 2   | 1-2 |
| <b>AREA INVESTIGACIÓN</b>   |     |     |     |
| Elaborar un proyecto científico, dirigir la investigación y toma de datos, analizar la información para extraer conclusiones y publicar los resultados  | 3-2 | 2   | 2   |
| <p>OTRAS CONSIDERACIONES:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Si se estima que, circunstancialmente, un residente tiene una autonomía inferior a la esperable, se emitirá un informe por parte del tutor y se pondrá en conocimiento de los especialistas que tutoricen su labor, independientemente de los planteamientos que se realicen por solucionar tal situación.</li> <li>En los itinerarios docentes anuales personalizados se explicita también la supervisión que los residentes tendrán para cada rotación.</li> </ol> |     |     |     |

### **Supervisión del residente COT durante las guardias.**

1. RESIDENTES DE 1º AÑO:
  - a. El residente está siempre supervisado físicamente
  - b. No puede firmar solo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes , tal y como establece el RD 183/2008
2. RESIDENTES DE 2º-3º AÑO:
  - a. Su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva de forma que le serán asignados pacientes más complejos según mejore su competencia profesional.
3. RESIDENTES DE 4º-5º AÑO:
  - a. Debe progresar en la práctica asistencial de carácter urgente , perfeccionando las habilidades adquiridas el año anterior, asumiendo un mayor nivel de responsabilidad
  - b. Prácticamente ninguna actividad necesitará tutela directa.
  - c. Puede realizar actividades de coordinación de otros residentes de primer y segundo año

### **Área de Consultas externas de Traumatología**

Las labores de consultas externas las realizarán residentes “mayores” (R3 a R5), donde realizarán la primera visita y las revisiones de los pacientes. En esta consulta también se realizara la revisión de aquellos pacientes en los que hayan desarrollado la función de primer cirujano.

En caso de que surja alguna duda o complicación deberá comentar el caso con el cirujano responsable de la intervención, el adjunto responsable de urgencias en turno de mañana o el adjunto de la consulta contigua, que serán los responsables y supervisores.

El R1 y R2 se incorporará como observador a las consultas externas de los adjuntos de las unidades por las que se encuentren rotando, con supervisión directa del responsable de la consulta y con finalidad de adquirir soltura para manejar la consulta de residentes en un futuro.

### **Área de Hospitalización de Traumatología**

Cuando la tarea asignada sea el pase de planta, estará bajo la supervisión de los especialistas de la Unidad en la que está rotando y con los que se coordinará previamente y a los que informará tras la visita.

Deberá aprender el manejo de los distintos pacientes ingresados: objetivos del ingreso, posibles complicaciones, petición e interpretación de pruebas complementarias, valorar necesidad de interconsultas a otras especialidades, supervisión terapéutica, realización de curas, colocación de vendajes/yesos, los criterios del alta y, finalmente, la elaboración del informe de alta hospitalaria.

Es evidente, aunque no figure en la planificación como una de sus tareas, que se interese y siga la evolución de los pacientes en los que haya actuado como primer cirujano, o de aquellos casos especiales en los que haya estado presente durante la intervención.

### Área Quirúrgica de Traumatología

El residente asistirá supervisado por los miembros de la Unidad responsable de la sesión quirúrgica. Aprenderá –y progresivamente practicará- las técnicas quirúrgicas desarrolladas en dicha Unidad.

Es fundamental para el residente la planificación de la cirugía el día antes de la intervención. En caso de que el médico responsable del paciente lo considere suficiente preparado, le dejará actuar como primer cirujano, siempre bajo su supervisión y acatando sus indicaciones, según la dificultad y riesgo de la intervención, equilibrando aprendizaje del residente y seguridad para el paciente.

El cuadro de clasificación y valoración de las diversas intervenciones quirúrgica que se menciona en el Programa de la C.N. de la Especialidad es sólo una muestra y las intervenciones de similar importancia habrán de valorarse comparativamente. En cualquier caso, la actividad quirúrgica desarrollada por el Residente, que siempre se sujetará al principio de responsabilidad progresiva y supervisada por miembros del equipo, se desarrollará de acuerdo con las posibilidades y la patología habitual en el Servicio donde haya sido destinado.

## **NORMATIVA SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD-AUTONOMÍA DEL RESIDENTE**

El 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, establece en su CAPÍTULO V el:

### ***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 consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.*

*Durante la formación del residente se deberán adquirir conocimientos y habilidades para prestar la adecuada asistencia a los pacientes. La formación del médico residente implica la asunción progresiva de responsabilidades tanto en las rotaciones obligatorias, como en las electivas, ya sean internas o externas, como en las guardias realizadas en el servicio de Urgencias. Este nivel de responsabilidad supone también que la supervisión será decreciente a medida que se avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.*

*Los residentes deberán atender a las indicaciones de los especialistas que presten sus servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad por donde estén rotando y deberán plantear a dichos profesionales y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.*