

	SUPERVISIÓN DE RESIDENTES EN TRAUMATOLOGÍA	Código	DCC-P-011
		Versión	01.1
		Fecha vigor	12/07/2019
		Página	1 de 6

Unidad origen del procedimiento	DOCENCIA POSGRADO
--	-------------------

APROBACIÓN

Elaborado:	Revisado:	Visto Bueno:
Nombre: Pedro Antonio González-Onandía López,	Nombre: Comisión de Docencia	Nombre: Modoaldo Garrido Martín
Puesto: Tutor Traumatología	Puesto: Presidente Comisión	Puesto: Director Gerente
Firma:	Firma:	Firma:

REGISTRO DE CAMBIOS

Versión	Fecha aprobación	Fecha estimada próxima revisión	Razón del cambio
01.0	06/03/2015	06/03/2018	Revisión del documento
01.1	12/07/2019	12/07/2024	Adaptación a la norma ISO 9001:2015. Actualización niveles de supervisión/responsabilidad y actividades en cada año de residencia. Actualización punto 4.4.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

<p>GE Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud.</p> <p>Programa de formación del residente DCC-P-004</p> <p>GE Programas formativos de especialidades en ciencias de la salud</p> <p>Protocolo supervisión residentes Unidad Urgencias DCC-P-009</p> <p>Memoria del residente DCC-D-006</p> <p>Evaluación anual tutor DCC-D-008</p> <p>Informe tutor DCC-D-009</p> <p>Normativa incidencias guardias residentes DCC-D-015</p> <p>Guía de protocolos de supervisión DCC-P-010</p> <p>Miembros de la Comisión de Docencia DCC-D-016</p>

NORMA Y PUNTO DE REFERENCIA

<p>NORMA ISO 9001:2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 7.1.2 Personas ➤ 7.2 Competencia
--

Código	DCC-P-011
Versión	01.1
Fecha vigor	12/07/2019
Página	2 de 6

ÍNDICE

1. OBJETO	3
2. ALCANCE	3
3. RESPONSABLES	3
4. PROCESO	3
4.1. INTRODUCCIÓN	3
4.2. OBJETIVOS DOCENTES	4
4.3. TAREAS Y REONSABILIDADES DEL MÉDICO RESIDENTE	5
4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE COT	6
5. REGISTROS	6
6. EVALUACIÓN	6
7. CONTROL DE CAMBIOS	6
8. ANEXOS	6

Código	DCC-P-011
Versión	01.1
Fecha vigor	12/07/2019
Página	3 de 6

1. OBJETO

La supervisión del residente en Traumatología

2. ALCANCE

Unidad de Traumatología

3. RESPONSABLES

Comisión de Docencia

Tutores de Traumatología

Jefe de Unidad de Traumatología

4. PROCESO

4.1. INTRODUCCIÓN

El sistema formativo de residencia se basa en la asunción progresiva de responsabilidades mediante las cuales el médico residente va adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño de su especialidad. Esta adquisición progresiva de competencias implica que debe existir una supervisión suficiente por parte de residentes más avanzados y de los médicos adjuntos de las Unidades correspondientes.

El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, en el capítulo V artículos 14 y 15, sienta las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

1. "El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte del residente. 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".
 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".
 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".
 5. "Toda la estructura del sistema sanitario se encuentra en disposición de ser utilizada para la formación de especialistas (además del grado y de la formación continuada)".
- "De lo anterior deriva un deber general de supervisión inherente por el hecho de prestar servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes".
6. "Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras."

4.2. OBJETIVOS DOCENTES

1. En las guardias de Urgencias:
Desarrollo práctico de los conocimientos de medicina y cirugía de la carrera, en las patologías más frecuentes, bajo tutela decreciente del Staff de Urgencias. Deberá capacitarse en la realización de:
 - Historias clínicas
 - Exploración física
 - Ordenación de pruebas complementarias
 - Realizar diagnósticos y tratamientos
 - Elaboración de informes de asistencia y partes judiciales.
 - Presentación de ingresos de la guardia: Incidencias (derivaciones, exitus, etc.).
 - Tratamientos efectuados y propuestas de tratamientos.
 - Solicitar intervenciones quirúrgicas de urgencia, ayudar/realizar
 - Presentación de intervenciones quirúrgicas realizadas en las áreas de cirugía programada, diferida y mayor ambulatoria. Rx, técnica quirúrgica, discusión.
 - Hacer suturas, yesos y vendajes.
 - Previsión de altas e ingresos.
 - Asignación de tareas, (distribución de quirófanos, urgencias etc.)
2. En Sala de Hospitalización. Realizar:
 - Pase de visita con staff y posteriormente solo con supervisión a demanda, teniendo siempre un especialista de referencia.
 - Revisión de la historia clínica, anotaciones de enfermería, constantes clínicas, evolución.
 - Cura de heridas, cambios de yesos y vendajes.
 - Cumplimentación de órdenes médicas
 - Informar de curso evolutivo, diagnósticos y pronóstico al paciente y/o familiares.
 - Cursar solicitudes de pruebas complementarias e interconsultas.
 - Hacer informes de alta ajustados a la normativa y entregarlos con la cita correspondiente.
 - Redactar informes solicitados (UAU, judiciales etc.)
3. En quirófano. Realizar:
 - Revisar historia clínica (pruebas complementarias, consentimiento informado, medicación preoperatoria y alergias).
 - Ayudar a la colocación del paciente y del campo quirúrgico, identificación de lateralidad.
 - Verificar la idoneidad del material quirúrgico, implantes y sistemas (rx, navegador, etc.) a emplear.
 - Participar o realizar el acto quirúrgico.
 - Supervisar el traslado del paciente.
 - Cumplimentar la hoja de intervención quirúrgica, órdenes médicas y tratamientos, solicitud de pruebas complementarias y anotación del curso clínico.
 - Informar del resultado de la intervención quirúrgica, curso evolutivo y pronóstico al paciente/acompañantes.
 - En cirugías ambulatorias redactar y entregar informe de alta y cita posterior.
4. En Consulta. Realizar:
 - Historia clínica en todos sus apartados (Antecedentes, alergias, anamnesis, etc.).
 - Exploración física general y específica por articulaciones.
 - Curas y cambios de yesos y vendajes.
 - Elaborar propuestas terapéuticas, diagnóstico y pronóstico.
 - Informar al paciente: consentimiento informado
 - Cursar preoperatorios y programaciones quirúrgicas.
 - Nuevas citas o alta.

Código	DCC-P-011
Versión	01.1
Fecha vigor	12/07/2019
Página	5 de 6

4.3. TAREAS Y REponsabilidades DEL MÉDICO RESIDENTE

La consecución de estos objetivos del residente de COT se organizará siguiendo los criterios de los niveles de responsabilidad que describe el Real Decreto de febrero de 2008 (183/2008), estableciéndose tres niveles de responsabilidad en función del año de Residencia:

Nivel de Supervisión/responsabilidad 3 o de responsabilidad máxima: realización en solitario. Son las actividades que el residente puede realizar solo, sin necesitar tutorización directa por un adjunto. Es decir, que el residente realiza la actuación en solitario y después informa a su responsable de lo que ha hecho.

Nivel de Supervisión/responsabilidad 2 o de responsabilidad media: realización con ayuda. Formado por las actividades que el residente puede realizar aunque supervisadas directamente por el especialista responsable del área específica donde se actúa.

Nivel de Supervisión/responsabilidad 1 o de responsabilidad mínima: conocer la técnica o ver cómo se realiza. Son las actividades que son realizadas por el especialista, siendo ayudado por el residente en formación o siendo éste un mero asistente al acto.

La asignación de cada nivel vendrá determinada, no sólo el año de residencia sino por la formación previa del residente, su especialidad de origen o la superación de pruebas o evaluaciones específicas y la valoración de los especialistas, del tutor y del Jefe de Unidad. Aunque es de sentido común, cada profesional sanitario, incluidos los residentes, debe saber cuáles son sus límites en cuanto a conocimientos y habilidades

ACTIVIDADES DE CADA AÑO DE RESIDENCIA EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD

El residente de primer año debería adquirir estas habilidades terapéuticas:

- 1- Iniciar la asistencia a cualquier paciente, incluyendo su presentación como profesional.
- 2- Saber informar al paciente y acompañantes de la patología y actividad terapéutica a realizar, de forma acorde a la gravedad de cada caso.
- 3- Realizar correctamente una historia clínica con todos sus apartados, sabiendo discernir una orientación diagnóstica (establecer diagnóstico diferencial).
- 4- Decidir y solicitar las pruebas diagnósticas básicas con criterios de eficiencia y eficacia.
- 5- Colocación correcta de los vendajes básicos: férulas, yesos circulares, vendajes compresivos, vendajes funcionales básicos, sindactilias y curas tópicas.
- 6- Técnicas semiinvasivas, como artrocentesis o infiltraciones básicas.
- 7- Técnica anestésica y sutura de heridas sin afectación profunda.
- 8- Técnica anestésica local o troncular de las fracturas y/o luxaciones más frecuentes, seguidas de su inmovilización adecuada.
- 9- Asistencia a intervenciones quirúrgicas en el quirófano de menor dificultad técnica, o las más habituales, en función de ayudante o incluso cirujano si sus conocimientos y actitud son los adecuados (nivel 2).
- 10- Realizar los informes de asistencia a los pacientes indicando su destino, pero siempre con supervisión de presencia física del adjunto (nivel 2).

Los tratamientos e informes de alta de residentes de 1er año siempre serán visados por un especialista. En el caso de los informes de alta realizados en urgencias en los que el paciente presente una fractura o luxación el informe realizado por el R1 será visado por el adjunto de traumatología.

Los residentes de 2º y 3er año deberán ir progresivamente alcanzando mayor responsabilidad, por lo que, además de lo descrito para el R1 participarán en las cirugías de manera gradual con la supervisión del responsable, siendo casi toda su actividad de nivel 2 de responsabilidad.

Los residentes de 4º y 5º años. Las actuaciones pueden ser supervisadas, pero en muchas ocasiones no tiene por qué serlo, por lo que la mayor parte pertenecerán al nivel 3 de responsabilidad.

Código	DCC-P-011
Versión	01.1
Fecha vigor	12/07/2019
Página	6 de 6

4.4. PATOLOGÍAS, SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE COT

- Todos los residentes deberán informar de todas las actuaciones que puedan precisar de ingreso hospitalario o traslado a otro centro a su facultativo responsable. Asimismo, informaran de los traslados que provengan de otros centros hospitalarios.
- Paciente precipitado, politraumatizado o traumatismo de alta energía.
- Sospecha de enfermedades graves, como embolismo pulmonar, síndromes compartimentales, lesiones medulares, lesiones vasculonerviosas o sangrado agudo.
- Situaciones que requieran reanimación cardiopulmonar.
- Toda actividad quirúrgica debe consultarse previamente con el facultativo responsable, que decidirá tanto la técnica a emplear como la adecuación o no del procedimiento al grado de formación del residente. Según avance en su año de formación, el residente tendrá cada vez un papel mayor en esta toma de decisiones quirúrgica.
- Situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al juez.
- Además, se recomienda comentar todas las actuaciones realizadas, con el objetivo de poder realizar una revisión retrospectiva con carácter docente.
- En el quirófano siempre habrá un especialista de presencia física.

Para los R1, además de lo previo:

- Valoración de heridas complejas (sospecha de afectación vasculonerviosa o tendinosa)
- Presentación de controles radiológicos postoperatorios de los pacientes ingresados.
- Cualquier fractura o luxación, y comprobación del control radiológico tras su reducción.

5. REGISTROS

Memoria del residente

Informe del tutor

Valoración de la docencia

Registro incidencias

6. EVALUACIÓN

Incidencias en la supervisión en los residentes en la Unidad de Traumatología en los registros

7. CONTROL DE CAMBIOS

Versión 01.1. Adaptación a la norma ISO 9001:2015. Actualización niveles de supervisión/responsabilidad y actividades en cada año de residencia. Actualización punto 4.4.

8. ANEXOS

No aplica