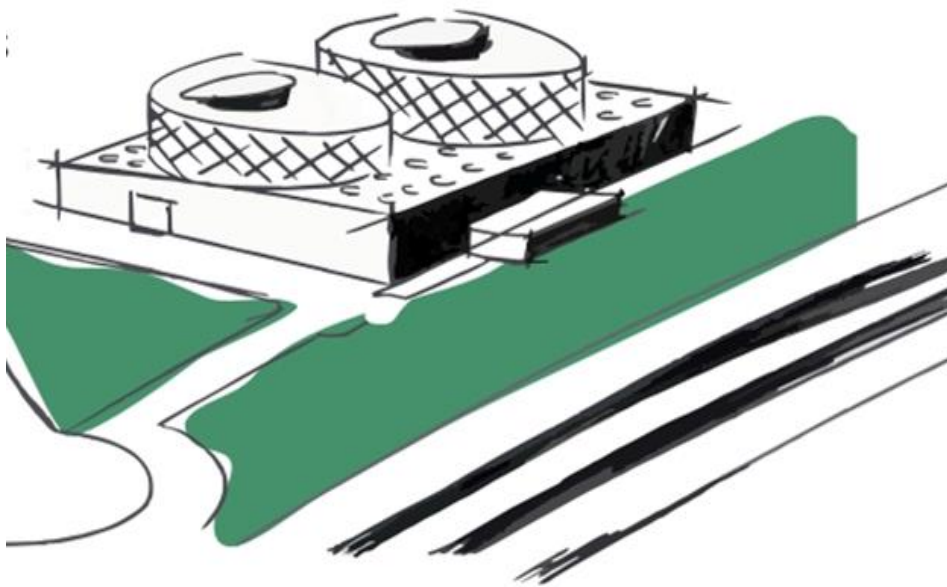


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA



Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia en
su reunión de 02 de febrero de 2022

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Septiembre 2014	Versión inicial
1	Octubre 2017	Revisión y Actualización del Documento
2	Abril 2019	Revisión del Documento y Aprobación por la Comisión de Docencia.
3	Diciembre 2019	Revisión del Documento y Aprobación por la Comisión de Docencia.
4	Febrero 2022	Revisión y Actualización del Documento

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	2
2. NORMATIVA APLICABLE	2
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION.....	3
4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	4
4.1. Definición de los niveles de supervisión.....	5
4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.....	5
4.3. Asistencia a pacientes en consultas externas.....	5
4.4. Asistencia a pacientes en quirófano.....	6
4.5. Asistencia a pacientes en guardias.....	6
4.5.1 Residente del primer año.....	7
4.5.2. Residente de segundo año	9
4.5.3. Residente de tercer año:	9
4.5.4. Residente de cuarto y quinto año.....	10
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	10
6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO	11
ANEXOS.....	11
1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Hospitalización.....	11
2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Consultas Externas.....	12
3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Quirófano.....	13
4. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en la Guardia quirúrgica	14

1.- INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) tiene desde su comienzo como objetivo principal el impartir una docencia de calidad a los facultativos residentes que se formen en nuestro centro basada en el principio de la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad. Por ellos se ha intentado formalizar todas las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

En febrero de 2008 se publicó el **Real Decreto 183/2008**, en el que se especifican los aspectos formativos, durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, haciendo especial hincapié en los aspectos relativos al **grado de supervisión** de los futuros especialistas y asumiendo que el residente irá adquiriendo una responsabilidad progresiva según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos, de tal manera que, si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un **descenso** progresivo de la supervisión realizada por los tutores, supervisores y los facultativos responsables, a fin de alcanzar al final del periodo de residencia la autonomía completa, pudiendo iniciar su etapa laboral como especialistas de manera segura y con un alto nivel de cualificación.

El mencionado Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención a los relativos a áreas asistenciales significativas. Es por ello que desde la Comisión de Docencia se ha propuesto introducir como objetivo docente, tanto para los tutores como para la propia Comisión, la realización de unos protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

2. NORMATIVA APLICABLE

El presente protocolo de supervisión se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del conjunto de dispositivos del HURJC a la siguiente normativa:

- **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, contempla en su artículo 15 (punto primero), que el sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (de ordenación de las profesiones sanitarias) implica la “asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad 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”.

- **ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
- **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.
- **LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**: Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas. Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves.
- **ORDEN SCO/226/2007, de 24 de enero**, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- **Orden SSI/81/2017, de 19 de enero**, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- **Resolución de 21 de marzo de 2018**, corregida **el 3 de julio de 2018**, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación.
- **Acuerdo Comisión de RRHH del Sistema Nacional de Salud**: Criterios comunes para la aplicación en el ámbito sanitario de las medidas de protección de los menores previstas en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISION

La supervisión de los residentes de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008. Dichos principios generales se resumen en los siguientes:

1. En primer lugar, el Real Decreto en su Capítulo V, artículo 14 reconoce **el deber general de supervisión** como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los distintos 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**: “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”.

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 como consecuencia de dicha relación.
4. **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 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.**
5. **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, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión 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 el dispositivo en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El **objetivo** de la formación médica especializada es el de 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). El especialista en formación debe adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando (RD 183/2008, artículo 1).

Los objetivos **específicos** del traumatólogo, según el programa formativo de la especialidad (**ORDEN SCO/226/2007**) son:

- Competencia para el diagnóstico y tratamiento de toda la materia incluida en su itinerario formativo.
- Competencia para todo tipo de tratamientos quirúrgicos primarios adentrándose progresivamente en la especialización quirúrgica en cada campo concreto.
- Conocimientos adecuados para tratar a los enfermos politraumatizados

4.1. Definición de los niveles de supervisión.

En la tabla aparecen recogidos los 3 niveles de supervisión (de menor a mayor supervisión), así como las actividades a realizar por el médico residente, que será de aplicación y obligado cumplimiento para los conocimientos y habilidades a adquirir durante su periodo formativo en la atención continuada.

Niveles de supervisión establecidos por la comisión de docencia y comunes a todas las especialidades.

Nivel de Supervisión	Valoración
Nivel 1: Nivel de menor supervisión	Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y, posteriormente, informa.
Nivel 2: Nivel de supervisión intermedia	Actividades realizadas directamente por el residente, bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable
Nivel 3: Nivel de mayor supervisión	Actividades realizadas por el facultativo especialista observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente, que carece de responsabilidad y, exclusivamente actúa como observador o asistente

4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización.

Los ingresos en la planta de COT corresponderán a pacientes ingresados con patología aguda desde la urgencia y a pacientes en fase de convalecencia tras ser sometidos a cirugía programada o urgente.

Diariamente, dos facultativos y tres enfermeras, se encargan del pase de visita. Los días que el residente tiene asignada esta labor, participa en ello.

La misión del residente durante su estancia en esta área será la realización de la Historia Clínica, Exploración física, el planteamiento de un diagnóstico inicial y establecimiento de una estrategia de estudio, así como de un plan terapéutico, elaborando cuando esté capacitado para ello, el informe de alta. Todo esto se hará con la adecuada **supervisión** del médico de plantilla (inicialmente supervisión total y de presencia física y luego a demanda).

Las interconsultas que surgen entre los distintos servicios del hospital serán contestadas en el día por el adjunto de guardia o el residente si ese día tiene asignada como labor la asistencia en planta, supervisado por el adjunto de guardia.

4.3. Asistencia a pacientes en consultas externas.

Como recomienda el POE a lo largo de su periodo formativo, el residente dedicará un periodo de su formación a la atención en consulta externa, atendiendo inicialmente enfermos nuevos y posteriormente nuevos y revisiones. Su consulta será la correspondiente al médico de plantilla al que esté adscrito, bajo la supervisión del mismo, lo que le permitirá rotar por las consultas monográficas existentes en la

especialidad de Traumatología. En el último periodo de residencia podrá tener, una consulta 'monográfica' del residente, supervisada por el tutor de residentes, donde verá, al menos un día a la semana pacientes con supervisión a demanda. La necesidad de dar continuidad al seguimiento de estos pacientes determinará la estructura de esta consulta que estará asignada a los facultativos a los que esté asignado el residente en los últimos años.

La inclusión en lista de espera quirúrgica, ha de ser supervisada y firmada por el traumatólogo adjunto responsable de esa agenda con independencia del año de residencia.

4.4. Asistencia a pacientes en quirófano.

El residente de Traumatología y según el POE contribuirá en la verificación prequirúrgica del paciente (Check-List) y formará parte de acto quirúrgico como primer cirujano o ayudante supervisado por un traumatólogo del servicio, participando por tanto en todo el proceso quirúrgico para de esa forma, adquirir las destrezas y habilidades técnicas propias de la especialidad.

Durante el **primer año**, su labor consistirá en actuar como primer o segundo ayudante de los diferentes procedimientos. **Posteriormente** irá adoptando progresivamente mayor independencia, pasando a ser cirujano principal de ciertos procedimientos, en función de su año de formación y sus habilidades, siempre bajo la indicación y tutela del Tutor o del especialista responsable en quirófano. Incluso en el último año de residencia, será necesaria la supervisión directa de un especialista para cualquier procedimiento quirúrgico que vaya a realizar un residente.

4.5. Asistencia a pacientes en guardias.

La Unidad de Urgencias del HURJC ofrece continuidad asistencial, con una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en la que intervienen múltiples profesionales, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el paciente.

El fin último de la Unidad de Urgencias es atender a cualquier ciudadano que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia.

Los recursos humanos asignados están constituidos por:

- Personal Facultativo: Médicos de plantilla y cuando los haya Médicos Internos Residentes.
- Personal Sanitario No Facultativo: Diplomados Universitarios en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.
- Personal No Sanitario: Administrativos, Celadores, Personal de Seguridad y Personal de Limpieza.

Estos recursos humanos constituyen un equipo de trabajo para la atención y cuidados de los pacientes y familiares que acuden a la Unidad de Urgencias, siendo responsabilidad común a todos los miembros del equipo procurar agilizar el proceso asistencial y evitar demoras y esperas innecesarias.

Los médicos adjuntos de guardia poseen un busca de localización (número 866378) para facilitar su accesibilidad, tanto a otros facultativos como a residentes, en todo momento.

La localización del médico residente de **primer año** será en el Área de Urgencias, realizando guardias en el área médica y quirúrgica (2/3 al mes por circuito, hasta un total de 5 mensuales), siendo supervisado por el médico facultativo del área de urgencias responsable de esa zona o el especialista correspondiente. Se dará preferencia a la evaluación de patología traumatológica urgente. En caso de intervenciones quirúrgicas urgentes, el residente podrá abandonar su puesto en la unidad de urgencias para acudir a quirófano, previa notificación y autorización del facultativo responsable del área en el que esté ubicado, y volviendo a su puesto lo antes posible.

El residente de segundo año se localizará en el área de urgencias, llevando además un teléfono de localización permanente durante todo el periodo de la guardia. A partir del tercer año, el residente se incorporará al equipo de guardia de Traumatología (dos traumatólogos de presencia física) de forma habitual desde el inicio de la guardia. Dispondrán de un teléfono de localización permanente durante todo el periodo de la guardia para su fácil localización. Los traumatólogos de plantilla y de guardia supervisarán la actividad del residente en todo momento. La actividad del residente durante su período de guardia será atender a todos los pacientes urgentes tanto en el ámbito de urgencias como de hospitalización, que precisen de una valoración y/o tratamiento por parte de Traumatología. La valoración inicial de dicho paciente será realizada por residente y será el mismo el que solicite la asistencia al equipo de Traumatología de Guardia. De igual modo atenderán la planta de hospitalización de Traumatología en caso de necesidad.

4.5.1 Residente del primer año.

Objetivo principal:

Iniciarse en la práctica asistencial de carácter urgente. Deben adquirirse los conocimientos para poder identificar la patología grave, que requiere una respuesta inmediata, así como la orientación clínica y la puesta en marcha de los recursos más adecuados. En su actuación en la Unidad de Urgencias el médico residente complementa las habilidades y competencias conseguidas en las diferentes rotaciones clínicas, relacionadas con la realización de anamnesis y exploración física, utilización racional e interpretación de las exploraciones complementarias, y en la práctica de las

técnicas diagnósticas más habituales. De forma progresiva debe desarrollar competencias y habilidades en el trato con el paciente, con los familiares y con los compañeros (especialistas, residentes y personal de enfermería).

Habilidades fundamentales a adquirir:

- Saber presentarse e informar al paciente y a sus familiares.
- Revisar las historias de los pacientes para leer la información que consta en ellas.
- Historiar al paciente: antecedentes patológicos, anamnesis, exploración física.
- Establecer un diagnóstico diferencial y diagnóstico más probable.
- Decidir las exploraciones complementarias a practicar al paciente y comentarlas con el médico adjunto.
- Solicitar pruebas complementarias necesarias e interconsultas a otras especialidades.
- Indicar el tratamiento médico o quirúrgico adecuado bajo supervisión del médico adjunto.
- Realización de artrocentesis diagnósticas o terapéuticas.
- Tratamiento de las heridas operatorias y sus complicaciones.
- Realización de anestesia local.
- Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano.
- Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según protocolos del centro.
- Preparación del campo operatorio.
- Extracción de drenajes postoperatorios.
- Asistir en el quirófano de Urgencias, como primer ayudante, en cirugías menores y como segundo ayudante, si así se requiere, en cirugías urgentes mayores.
- Indicar el destino del paciente (alta, ingreso, traslado, observación) bajo supervisión del médico adjunto.
- Redacción de informes de alta hospitalaria.

Ubicación del residente de primer año.

La localización del médico residente de primer año será en el Área de Urgencias, realizando guardias en el área médica y quirúrgica (2/3 al mes por circuito, hasta un total de 5 mensuales), siendo supervisado por el médico facultativo del área de urgencias responsable de esa zona o el especialista correspondiente.

Se dará preferencia a la evaluación de patología traumatológica urgente.

En caso de intervenciones quirúrgicas urgentes, el residente podrá abandonar su puesto en la unidad de urgencias para acudir a quirófano, previa notificación al facultativo responsable del área en el que esté ubicado, y volviendo a su puesto lo antes posible.

Supervisión del residente de primer año.

La **supervisión del residente** de primer año será **siempre de presencia física** por el médico adjunto responsable (médico de urgencias o especialista correspondiente) (nivel 2-3 de supervisión, Anexo I). Como establece el RD 183/2008 el médico residente de primer año no podrá firmar sólo documentos de altas, bajas y otros importantes sin la firma del médico facultativo responsable de su supervisión. Para ello se visarán por parte del facultativo responsable, según lo permite la estación clínica electrónica Casiopea, los documentos de alta siguiendo las indicaciones de elaboración y validación de informes que permite dicha aplicación.

4.5.2. Residente de segundo año

Objetivo principal:

Progresar en la práctica asistencial de carácter urgente. Debe continuar desarrollando las habilidades y competencias expuestas en el apartado del residente de primer año, de forma cada vez más autónoma, aunque la práctica totalidad de las actuaciones esté tutelada.

Ubicación del residente de segundo año.

El residente de segundo año se localizará en el área de urgencias, llevando además un teléfono de localización permanente durante todo el periodo de la guardia. A partir del tercer año, el residente se incorporará al equipo de guardia de Traumatología (dos traumatólogos de presencia física) de forma habitual desde el inicio de la guardia.

Supervisión del residente de segundo año.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a éste como a los especialistas que presten servicios en los dispositivos de Urgencias, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión de los residentes a su cargo. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad que preste servicios podrá recurrir y consultar a los mismos siempre que considere necesario.

En la tabla II se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

4.5.3. Residente de tercer año:

Objetivo principal del médico residente de tercer año será consolidar los objetivos expuestos previamente, pudiendo alcanzar de forma autónoma la valoración de gravedad del paciente realizando un diagnóstico diferencial básico e indicando y valorando exploraciones complementarias básicas, realizando cirugías de baja complejidad proporcionando información a pacientes y familiares y pudiendo tomar decisiones respecto al destino del paciente, ya sea alta o ingreso.

Ubicación del residente de tercer año.

La ubicación del residente de tercer año será con el equipo de Guardia de Traumatología

Supervisión del residente de tercer año.

El residente de tercer año deberá progresar en la práctica asistencial. Podrá firmar sólo documentos de alta y baja. En quirófano la supervisión es obligatoria en todos los procedimientos.

En la tabla II se exponen las competencias y habilidades con los diferentes niveles de supervisión.

4.5.4. Residente de cuarto y quinto año.

Objetivo docente principal es la adquisición del dominio en la práctica asistencial urgente de forma prácticamente autónoma, pudiendo realizar adecuadamente la valoración de gravedad del paciente, la anamnesis y exploraciones completas, la indicación de exploraciones complementarias y la indicación terapéutica específica, así como intervenciones en orden creciente de complejidad.

Ubicación del residente de cuarto/quinto año:

La ubicación del residente de cuarto y quinto año será con el equipo de Guardia de Traumatología

Supervisión del residente de cuarto y quinto año:

Se trata de los últimos años de formación de los residentes, por lo que las responsabilidades, actitudes y aptitudes han de consolidarse de forma definitiva. El médico residente en esta etapa formativa debe ser prácticamente autónomo y adquirir las competencias y habilidades necesarias para tener un amplio dominio de la práctica asistencial urgente.

Prácticamente ninguna actividad estará tutelada directamente y dispone de máxima autonomía con un responsable siempre disponible para cualquier consulta. En quirófano la supervisión es obligatoria en todos los procedimientos.

5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

Los **facultativos** deben ejercer las siguientes funciones:

- Durante los primeros años de formación del residente, el facultativo debe orientar al residente en los casos a seguir en su formación, así como indicarle las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento, basadas en su mayor conocimiento y experiencia. En los últimos años de formación, la labor del facultativo pasa a ser de supervisión indirecta, estando siempre disponible como consultor o para intervenir en caso de apreciar que la situación supera las capacidades del residente en ese momento.
- Durante los primeros años de formación, el especialista debe supervisar de forma directa todas las actuaciones del residente. Según va adquiriendo

éste experiencia y habilidad, el facultativo puede pasar a realizar una supervisión indirecta, principalmente en la toma de decisiones en el pase de visita de los pacientes ingresados o en la atención del paciente en Consultas Externas. El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento invasivo sobre un paciente. Igualmente debe contactar con él en caso de duda diagnóstica o terapéutica.

6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN LAS CUALES EL RESIDENTE SIEMPRE ESTARÁ SUPERVISADO

En caso de circunstancias especiales el residente tendrá que estar supervisado durante toda su residencia:

- Pacientes en situación de conflicto o reclamación.
- Pacientes que solicitan segunda opinión.
- Pacientes que por situación clínica son de riesgo para realizar técnicas intervencionistas.
- En aquellos casos en los que se requiera intervención judicial o la presencia del jefe de Hospital.
- Cuestiones éticas que afecten al paciente o la familia del paciente de forma directa o indirecta.
- Decisión sobre la necesidad de traslado de pacientes a otro hospital, o admisión de pacientes desde otro centro.

ANEXOS

1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Hospitalización

	R1	R2	R3	R4	R5
Realización entrevista clínica	2-3	1-2	1-2	1	1
Valoración del estado funcional, mental y entorno social del paciente	2-3	1-2	1-2	1	1
Exploración Física	2-3	1-2	1	1	1
Indicación de pruebas complementarias básicas	2-3	1-2	1	1	1
Interpretación de resultados de pruebas complementarias básicas	2-3	2	1	1	1
Realizar punciones	2-3	2	1-2	1	1
Elaboración juicio clínico presunción	2-3	2	1	1	1
Ser capaz de intubar, insertar accesos venosos, realizar RCP avanzada, punciones lumbares	2-3	2-3	2-3	2	2
Reconocer enfermedades del paciente	2-3	1-2	1-2	1	1

Realización de Plan terapéutico	2-3	1-2	1-2	1	1
Realización de Informe de Alta	2-3	1-2	1	1	1
Información pacientes	2-3	1-2	1	1	1
Información familiares	2-3	1-2	1	1	1
Manejo situaciones difíciles (malas noticias, autopsias, pacientes violentos)	3	2-3	1-2	1	1
Información en situaciones al final de la vida	3	2-3	1-2	1	1
Manejo de enfermedades clínicas prevalentes	3	1-2	1	1	1
Planificación estructurada de procesos estandarizados	3	2	1	1	1
Presentación casos clínicos en el servicio	1-2	1	1	1	1
Presentación en reuniones científicas de fuera del hospital	2	2	2-1	1	1
Impartir enseñanza práctica a los estudiantes	2-3	2	1	1	1
Solicitud consentimiento informado	2-3	2	1	1	1
Búsquedas bibliográficas	1-2	1-2	1	1	1
Organización curriculum	1-2	1	1	1	1

2. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Consultas Externas

	Nivel de supervisión			
	R1	R2	R3	R4-R5
Presentarse e informar al paciente y la familia	1-2	1	1	1
Realización correcta de una Hª clínica, orientación global del paciente identificando el motivo de consulta.	2-3	1-2	1	1
Evaluación estado mental, funcional y entorno social del paciente	2-3	1-2	1	1
Realizar de forma sistemática la exploración física específica según la orientación clínica	2-3	1-2	1	1
Interpretación de resultados	2-3	2	1-2	1
Elaboración juicio clínico presunción	2-3	1-2	1-2	1
Realización de Plan terapéutico	2-3	1-2	1-2	1
Realización de Informe de Consultas externas	2-3	1-2	1-2	1

3. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en Quirófano.

Baremo orientativo para la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Grado 1. Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Evacuación y drenajes. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Sutura de los abordajes de artroplastias de cadera y rodilla. . Amputación menor. Artrocentesis.

Grado 2. Técnicas simples de cobertura y cierre cutáneo. Cirugía del túnel carpiano, dedos en resorte, gangliones y cirugía de los dedos de los pies. Enclavado endomedular de fracturas de cadera. Osteosíntesis de fracturas de tobillo. Cerclaje de fracturas de rótula y olecranon. Osteosíntesis percutánea de fracturas simples.

Grado 3. Abordaje quirúrgico de las artroplastias más frecuentes. Prótesis parcial de cadera. Utilización de fijadores externos y procedimientos usuales de osteosíntesis abierta intra y extramedular del resto de fracturas distintas a las del grado 2. Infecciones del aparato locomotor. Cirugía del hallux valgus y metatarsalgia. Amputaciones miembros inferiores. Artrografía de cadera.

Grado 4. Tratamiento de las lesiones tendinosas del miembro superior. Síndromes compartimentales y otras complicaciones postquirúrgicas y postraumáticas. Epicondilitis y síndromes dolorosos del codo, tendinitis de la muñeca. Artroplastia básica de rodilla y cadera. Lesiones meniscales de la rodilla. Síndromes del aparato extensor y de la rótula. Tenotomía percutánea Aquiles. Hemiepifisiodesis en disimetrías y deformidades angulares.

Grado 5. Ligamentoplastia de rodilla. Artroscopia de hombro con sutura de manguito rotador, Munford y descompresión subacromial. Cirugía artroscópica de muñeca. Discectomía de la hernia discal y artrodesis vertebral. Artroplastia de hombro. Recambios simples de artroplastia de rodilla y cadera. Osteosíntesis de fracturas complejas. Tumores óseos y de partes blandas.

Año residencia	Grado de complejidad cirugía	Supervisión
R1	Grado 1 y 2	2-3
R2	Grados 1 a 3	2-3
R3	Grados 1 a 3	1-2
R4	Grados 1 a 4	1-2
R5	Grados 1 a 5	1-2

4. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en la Guardia quirúrgica

	Nivel de supervisión				
	R1	R2	R3	R4	R5
<i>Presentarse e informar al paciente y la familia</i>	1-2	1	1	1	1
<i>Realización correcta de una Hª clínica, orientación global del paciente identificando el motivo de consulta.</i>	2-3	1	1	1	1
<i>Evaluación mental del paciente</i>	2	1	1	1	1
<i>Realizar de forma sistemática la exploración física específica según la orientación clínica</i>	1-2	1	1	1	1
<i>Valoración rápida de la gravedad del paciente</i>	2-3	1	1	1	1
<i>Solicitud e interpretación correcta de la analítica básica en la atención del paciente urgente</i>	1-2	1	1	1	1
<i>Indicación e interpretación correcta de la radiología simple de tórax y aparato locomotor.</i>	2	1-2	1	1	1
<i>Indicación e interpretación correcta del ECG.</i>	1-2	1	1	1	1
<i>Iniciarse en las punciones venosas.</i>	2-3	2-3	1-2	1	1
<i>Interpretar las exploraciones complementarias específicas.</i>	2	1	1	1	1
<i>Conocimiento y utilización de monitores. Sistemas de monitorización.</i>	2-3	2-3	1-2	1	1
<i>Iniciar el tratamiento médico (sueroterapia, analgesia,...) y colaborar en la indicación quirúrgica adecuada.</i>	2-3	1-2	1	1	1
<i>Aplicar correctamente los tratamientos antibióticos según los protocolos del centro.</i>	1-2	1-2	1	1	1
<i>Iniciación de la valoración y tratamiento del paciente politraumatizado (no crítico y crítico).</i>	2-3	1-2	1	1	1
<i>RCP básica y avanzada.</i>	2-3	1-2	1	1	1
<i>Drenaje de abscesos de partes blandas</i>	3	2	1	1	1
<i>Limpieza de heridas traumáticas y sutura simple</i>	2-3	1	1	1	1

<i>Fracturas y luxaciones de clavícula</i>	2	1-2	1-2	1	1
<i>Luxaciones de hombro</i>	2-3	2	2	1	1
<i>Fracturas de escápula</i>	2	1-2	2	1	1
<i>Fracturas tercio proximal húmero</i>	2	1-2	1-2	1	1
<i>Fracturas diáfisis humeral</i>	2	1-2	1	1	1
<i>Luxaciones codo</i>	3	3	2-3	1-2	1
<i>Fracturas codo y antebrazo</i>	2	1-2	1	1	1
<i>Fracturas de muñeca</i>	3	2	2	1	1
<i>Fracturas y luxaciones de la mano y dedos</i>	2-3	1-2	1-2	1-2	1-2
<i>Lesiones tendinosas de la mano (tto inmediato)</i>	2-3	2	2	1	1
<i>Síndrome compartimental de ambas extremidades</i>	3	3-2	2	2	2
<i>Estabilización inicial de fracturas de pelvis</i>	3	3-2	2	2	2
<i>Fractura de la extremidad proximal de fémur</i>	2-3	1-2	1	1	1
<i>Fracturas diafisarias de fémur y tibia</i>	2-3	1-2	1-2	1	1
<i>Fracturas de la rodilla</i>	2-3	1-2	1	1	1
<i>Luxaciones rodilla</i>	3	3	2-3	1-2	1-2
<i>Lesiones del aparato extensor de la rodilla</i>	2-3	2	1-2	1	1
<i>Fracturas y luxaciones de tobillo y pie</i>	2-3	1-2	1-2	1	1
<i>Inmovilizaciones temporales o definitivas</i>	2	1-2	1	1	1
<i>Montaje de tracciones esqueléticas</i>	2-3	2	1-2	1	1
<i>Toma de decisión del destino del paciente: alta, observación o ingreso.</i>	2	1-2	1	1	1
<i>Realizar un informe de alta o ingreso hospitalario</i>	2	1	1	1	1