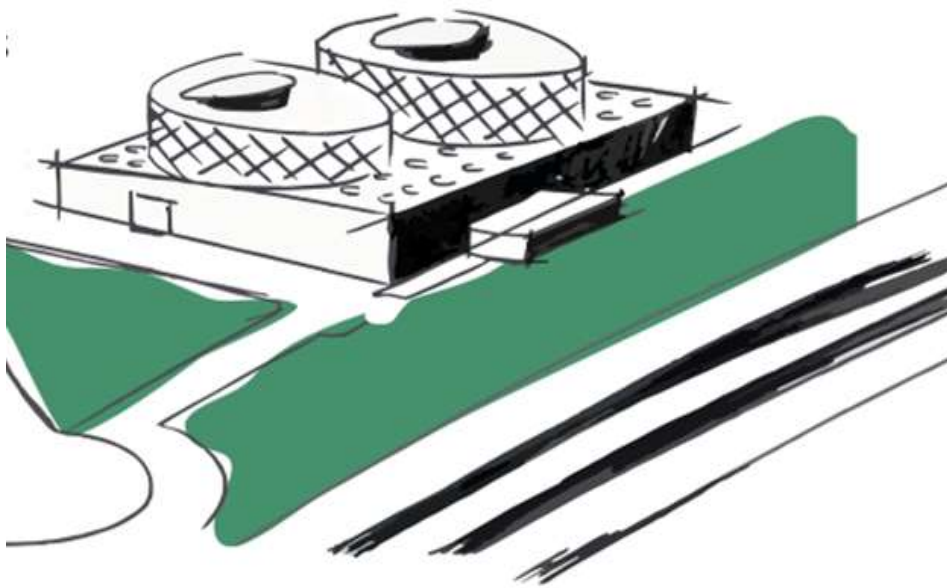


PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN. NORMATIVA DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

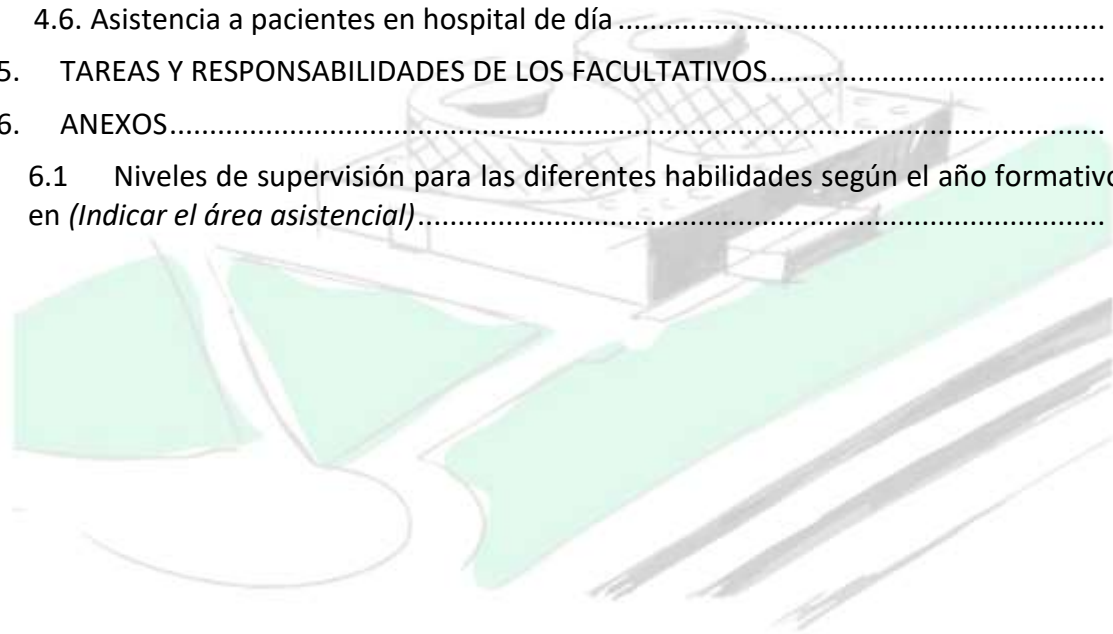


Documento base presentado y aprobado por la Comisión de Docencia en
su reunión de 14 de octubre de 2021

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Octubre 2021	Versión Inicial
1	Septiembre 22	Actualización datos y corrección de calendario rotaciones

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	4
4.2. Asistencia a pacientes ingresados en el área de hospitalización	5
4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa.....	5
4.4. Asistencia a pacientes en guardias.	5
4.5. Asistencia a pacientes en quirófano.....	5
4.6. Asistencia a pacientes en hospital de día	5
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS.....	6
6. ANEXOS.....	6
6.1 Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en <i>(Indicar el área asistencial)</i>	6



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 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:

- **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/2753/2007, de 4 de septiembre**, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- **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

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión de los residentes de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial 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 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 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).

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 del HURJC.

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

El pase de planta por parte del médico interno residente será siempre supervisado por un adjunto facultativo. El objetivo es conseguir el correcto seguimiento y tratamiento de los pacientes durante su ingreso hospitalario. Durante el primer año de residencia el pase será llevado a cabo por un facultativo asistido por el residente, a partir del segundo año la supervisión seguirá nivel 2 y a partir del cuarto año nivel 1.

4.3. Asistencia a pacientes en consulta externa

La asistencia a los pacientes en consultas externas por parte del residente durante su primer año de formación siempre será realizada por el facultativo especialista y asistida por el residente. A partir del segundo año, según el residente vaya adquiriendo experiencia y habilidad, el facultativo puede pasar a realizar una supervisión indirecta, principalmente en la toma de decisiones en la atención del paciente en Consultas Externas

4.4. Asistencia a pacientes en guardias.

La asistencia a los pacientes en guardias durante el primer año será supervisada siempre por un facultativo especialista. A partir del segundo año la actividad será realizada directamente por el residente, informando posteriormente. El residente deberá 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.

4.5. Asistencia a pacientes en quirófano

La asistencia a los pacientes en quirófano será progresiva y siempre supervisada por un facultativo especialista en función de la complejidad de la intervención quirúrgica a realizar y de las habilidades y conocimientos que vaya adquiriendo el residente.

4.6. Asistencia a pacientes en hospital de día

Idéntica a la asistencia a los pacientes hospitalizados.

4.7. Asistencia a pacientes en urgencias.

La asistencia a los pacientes en urgencias durante el primer año será supervisada siempre por un facultativo especialista. A partir del segundo año la actividad será realizada directamente por el residente, informando posteriormente. El residente deberá 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.

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

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:

- Traslados de centro
- Catástrofes naturales o situaciones de accidente múltiple
- Situaciones de riesgo para la Salud Pública
- Necesidad de informar a autoridades judiciales
- Situaciones de especial gravedad determinadas por el personal facultativo al cargo.

7. ANEXOS

7.1. Niveles de supervisión para las diferentes habilidades según el año formativo en *(Indicar el área asistencial)*

Detallar actos asistenciales en esta área asistencial más relevantes indicando el nivel de supervisión teniendo en cuenta que en los residentes de Primer año se debe garantizar la supervisión de presencia física del residente (Niveles 2 ó 3).

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

AREA ASISTENCIAL	R1	R2	R3	R4	R5
Trato y tratamiento: Presentarse e información a familiares y enfermo	2	1	1	1	1
Trato y tratamiento: Comunicación de malas noticias	3	2	1	1	1
Elaboración correcta de historia clínica; orientación del motivo de consulta	3	1	1	1	1
Exploración física general y específica según la orientación clínica	3	1	1	1	1
Valoración de la gravedad de un paciente	3	2	1	1	1
Monitorización de un paciente urgente	3	2	1	1	1
Decisión del destino del enfermo de urgencias	3	3	2	1	1
Utilización racional e interpretación de las pruebas complementarias básicas	3	2	1	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales	3	2	1	1	1
Solicitud de interconsulta a especialistas	3	2	1	1	1
Sondaje nasogástrico	3	2	1	1	1
Manejo del paciente portador de traqueotomía	3	2	1	1	1
Utilización de principales fármacos de la urgencia	3	1	1	1	1
Uso racional de antibióticos y fármacos	3	2	2	1	1
Valoración inicial del politrauma	3	2	2	1	1
RCP básica	3	1	1	1	1
Exodoncia (diente erupcionado)	2	1	1	1	1
Exodoncia (diente no erupcionado)	2	1	1	1	1
Apicectomía, pequeños quistes	3	2	1	1	1
Drenajes de abscesos	2	1	1	1	1
Sutura de heridas bucales	2	1	1	1	1
Sutura de heridas faciales y cervicales	2	1	1	1	1
Tratamiento cruento de fracturas maxilares	3	3	2	2	2
Tratamiento cruento de fracturas mandibulares	3	3	2	2	2
Tratamiento de fracturas nasales	3	2	1	1	1
Tratamiento de los traumatismos nasoetmoido orbitarios	3	3	3	2	2
Traumatismos del tercio superior facial	3	3	3	2	2
Osteotomías segmentarias de los maxilares	3	3	3	2	2
Osteotomías de maxilar superior	3	3	2	2	2
Osteotomías de mandíbula	3	3	3	2	2
Mentoplastia	3	2	2	2	2
Reducción de la luxación ATM	2	1	1	1	1
Artroscopia ATM	3	3	3	3	2
Meniscopexia	3	3	3	3	2
Intervenciones sobre el cóndilo	3	3	3	2	2
Tratamiento conservador del síndrome dolor-disfunción de la articulación temporomandibular	2	1	1	1	1
Biopsia	3	2	1	1	1

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad.

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Extirpaciones de piel y/o mucosa	3	2	1	1	1
Extirpaciones de tumores de los tejidos blandos de la cavidad oral y la región cervicofacial	3	2	2	1	1
Resección parcial de maxilar o mandíbula	3	3	3	2	2
Resección total de maxilar, mandíbula y/o otros huesos faciales	3	3	3	2	2
Linfadenectomía cervical	3	3	3	2	2
Extirpación de tumores cervicales	3	3	3	2	2
Abordajes y extirpación de tumores orbitarios y/o de la base craneal	3	3	3	3	2
Parotidectomía	3	3	3	2	2
Submaxilectomía	3	2	2	2	2
Extirpación de cálculos salivares	3	2	1	1	1
Sutura nerviosa	3	3	3	3	2
Injerto nervioso	3	3	3	2	2
Injertos de piel y/o mucosa	3	2	2	1	1
Colgajos pediculados cutáneos, miocutáneos y/o osteomiocutáneos	3	3	3	2	2
Colgajos libres microquirúrgicos	3	3	3	3	2
Reconstrucciones con injerto de hueso, cartílago y/o implantes aloplásticos	3	3	2	2	2
Rinoplastia	3	3	3	3	2
Traqueostomía	3	2	2	1	1