

**NORMATIVA DE SUPERVISION DE
RESIDENTES Y ADQUISICION PROGRESIVA
DE RESPONSABILIDADES**

**SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA
(COT) HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO**

MAYO 2015

La formación del médico residente implica la asunción progresiva de responsabilidades, tanto en las rotaciones obligatorias de su especialidad como en las guardias realizadas en el servicio de Urgencias. Esto lleva implícito niveles variables de supervisión, que será decreciente a lo largo de los años de residencia, 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 en Cirugía Ortopédica y Traumatología

Según marca la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias 44/2003 en su art 20, el sistema formativo de residencia obliga a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad. Se realizará mediante una práctica profesional programada y supervisada, destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarias para el ejercicio autónomo y eficiente de su especialidad.

Por su parte, la Ley 183/2008 en su artículo 14 establece que los profesionales que presten servicios en las unidades asistenciales donde se formen los residentes, tienen el deber general de supervisión. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes. En su artículo 15 dispone que el sistema formativo implica la asunción progresiva de responsabilidades y un nivel decreciente de supervisión según avance la adquisición de competencias prevista en el programa formativo.

Por estos motivos, y a propuesta de la Comisión de Docencia del Hospital, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) establece la siguiente normativa interna para graduar la supervisión de las actividades formativas que los residentes realicen en las diferentes áreas del mismo.

SUPERVISIÓN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÈDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO.

Antes de comenzar con la Normativa de Supervisión del Servicio COT conviene aclarar que el Servicio de COT está planificado y organizado para que toda su actividad asistencial sea cubierta por los Médicos Adjuntos del Servicio; es decir, toda la actividad asistencial desarrollada por el Servicio puede realizarse sin la necesidad o presencia de los Médicos Internos Residentes. Esto implica que los M.I.R del Servicio COT en ningún momento realizan actividad asistencial alguna sin la presencia directa de un Médico Adjunto del Servicio.

-En quirófano siempre hay un mínimo de un Adjunto y un M.I.R. de modo que, independientemente de la dificultad del proceso y del grado de Responsabilidad del M.I.R en la intervención, siempre estará acompañado y, por tanto, supervisado por un Médico Adjunto.

-En los pases de visita de pacientes ingresados habrá siempre también un Médico Adjunto asignado, de modo que el M.I.R de COT no realizará esta actividad solo, ni sin supervisión.

-Las Interconsultas de otros Servicios destinadas al Servicio COT no son nunca contestadas ni valoradas por un M.I.R. en solitario; son contestadas y valoradas por un Médico Adjunto o por un M.I.R. bajo supervisión directa presencial de un Médico Adjunto

-Los M.I.R del Servicio COT atienden en Consultas Externas a pacientes intervenidos por ellos con agenda a su nombre a partir del tercer año de residencia; esta actividad la realizan en las Consultas Externas de Traumatología en las que hay a diario 6 o 7 Médicos Adjuntos del Servicio pasando consulta, a los que pueden consultar cualquier duda que les surja

-Los M.I.R del Servicio COT no atienden Consulta Extrahospitalaria; en los últimos años los M.I.R de 5º año están acudiendo de forma voluntaria a realizar consultas de Ambulatorio, siempre en un ambulatorio en el que pasa al mismo tiempo otro Médico Adjunto del Servicio al que consultar sus dudas.

-Durante las guardias el M.I.R del Servicio COT (a partir del 2º año) siempre tiene a su disposición al Médico Adjunto de guardia disponible en una modalidad de supervisión que se explicará más adelante.

1. Objetivos docentes

Los tutores son los encargados de fijar los objetivos docentes a lo largo de la residencia siguiendo el programa de la especialidad establecido por la Comisión Nacional. Los objetivos formativos, competencias, habilidades y actitudes, están recogidos en el programa de formación general y en los programas individualizados anuales para cada residente. Es importante que el tutor realice un seguimiento cercano de la progresión del residente, para lo que es imprescindible la comunicación continua con todos los profesionales del Servicio de COT y en especial con los más próximos en cada rotación.

En cada área del Servicio COT, en su biblioteca, en la carpeta Servicios>Traumatología>Docencia de la intranet y en la página web del hospital, estará disponible el programa formativo del Servicio de COT para que podáis consultar cuales son los objetivos docentes para cada rotación y año de residencia.

OBJETIVOS Y COMPECTANCIAS A VALIDAR EN LA FORMACIÓN

Siguiendo las indicaciones del Programa Docente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía Ortopèdica y Traumatología los objetivos específicos de la formación se definirán fundamentalmente en tres áreas

- 1 de conocimientos (formación teórica)
- 2 de habilidades psicomotoras (formación práctica)
- 3 de actitudes

Dichos objetivos deberán orientarse en sus contenidos a la formación de un especialista básico y capacitado para:

- 1 La educación sanitaria.
- 2 La valoración clínica y la aplicación a los problemas más comunes de la especialidad y a los tratamientos adecuados por los medios quirúrgicos y no quirúrgicos a su alcance.

- 3 La orientación y remisión de aquellos que por su complejidad, urgencia o gravedad no esté en disposición de resolver.
- 4 El seguimiento de los procesos a lo largo de todas las fases de su evolución.
- 5 La colaboración con otras especialidades médicas y quirúrgicas como son: Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Geriátrica, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología, Pediatría y Reumatología.

Los objetivos para la formación de este especialista básico se han ordenado en tres niveles:

- Nivel A:** Aquellos para los que los residentes deben estar capacitados de manera autónoma e independiente.
- Nivel B:** Aquellos en los que el residente debe poseer un buen conocimiento y alguna experiencia personal participativa.
- Nivel C:** Aquellos sobre los que los residentes deben tener conocimiento teórico o como observador.

Habilidades técnicas específicas clasificadas por niveles:

A-Nivel A: Habilidades en las que el residente debe estar capacitado para una actuación autónoma independiente:

a) Procesos agudos:

- Tratamiento no quirúrgico de los traumatismos osteoarticulares de cualquier edad.
- Técnicas comunes de osteosíntesis, síndromes compartimentales y otras complicaciones postquirúrgicas y postraumáticas.
- Infecciones del aparato locomotor.
- Procesos inflamatorios y dolorosos agudos de huesos, articulaciones, partes blandas y de compresión nerviosa.

b) Procesos no agudos:

- Profilaxis y medidas higiénicas de las enfermedades del aparato locomotor.
- Artropatías degenerativas en sus diferentes localizaciones.
- Infecciones crónicas del aparato locomotor.
- Osteoporosis y sus complicaciones.
- Deformaciones osteoarticulares más comunes.
- Síndromes de sobrecarga ocupacional y deportiva.

c) Intervenciones quirúrgicas básicas: Para la realización del listado de habilidades que se incluye a continuación el médico especialista en formación deberá adquirir criterios de indicación y destrezas en el manejo de los sistemas de inmovilización y tracción más comunes, los abordajes quirúrgicos ortopédicos estándar, los procedimientos de limpieza quirúrgica, evacuación y drenaje, las técnicas simples de cobertura y cierre cutáneo, la utilización de fijadores externos y los procedimientos usuales de osteosíntesis abierta intra y extramedular.

En el curso de su formación se deberá instruir al residente en la valoración de la mayor o menor complejidad del problema frente a su capacitación y experiencia para resolverlo, teniendo además en consideración los recursos humanos y materiales disponibles en el momento y el lugar de actuación.

Columna vertebral:

- Discectomía lumbar convencional.
- Tratamiento urgente de las lesiones raquimedulares.

Extremidad superior: Fracturas y luxaciones de la clavícula, luxaciones escápulo-humerales agudas y recidivantes, fracturas de la escápula; fracturas de la extremidad superior y de la diáfisis humeral incluyendo el desprendimiento epifisario; fracturas del antebrazo en el adulto y en el niño; síndrome compartimental; fracturas, luxaciones y lesiones ligamentosas de la muñeca y la mano en el adulto y en el niño; tratamiento inmediato de las lesiones tendinosas del miembro superior; Síndrome de atrapamiento subacromial y artrosis acromioclavicular; síndromes de compresión de los troncos nerviosos; epicondilitis y síndromes dolorosos del codo; tendinitis de la muñeca; enfermedad de Kienböck; dedo en resorte; infecciones de la mano.

Extremidad inferior: Estabilización inicial de fracturas de la pelvis; fracturas de la extremidad superior del fémur; fracturas diafisarias de fémur y tibia; fracturas y desprendimientos epifisarios de la rodilla; lesiones meniscales y de los ligamentos colaterales; fracturas y luxaciones de tobillo y pie; síndromes compartimentales.

Artropatías degenerativas e inflamatorias y procesos relacionados de cadera y rodilla; síndromes del aparato extensor y de la rótula; deformidades angulares y torsionales en el niño; síndromes dolorosos de tobillo y pie,

hallux valgus, deformidades de los dedos del pie; pie plano valgo infantil; amputaciones en el miembro inferior.

B- Nivel B: Habilidades que capacitan al residente para adquirir un buen conocimiento y una cierta experiencia personal con participación activa.

a) Procesos agudos: Politraumatizados; traumatismos raquimedulares; lesiones vasculares y nerviosas; fracturas abiertas con lesiones graves de partes blandas; traumatismos graves de la mano y heridas de los tendones flexores; fracturas vertebrales complejas.

b) Procesos crónicos: Displasia de cadera y pie zambo; patología de la cadera en crecimiento; recambios convencionales de artroplastias de cadera y rodilla; cirugía de la artritis reumatoide; fusiones vertebrales cortas; tratamiento de pseudoartrosis y osteitis con pérdidas de sustancia; artrodesis de grandes articulaciones; diferencia de longitud de los miembros; reparaciones artroscópicas en rodilla; fasciectomías en la enfermedad de Dupuytren.

C-Nivel C: Habilidades que capacitan al residente para adquirir un conocimiento teórico mediante su participación como observador: Malformaciones y displasias generales con expresión clínica en el aparato locomotor; recambios complejos de artroplastias en cadera y rodilla; artroplastias primarias de otras articulaciones; cirugía tumoral ablativa y para conservación del miembro; cirugía de las deformidades del raquis; osteotomías de la pelvis y de la extremidad superior del fémur; tratamiento de las secuelas de lesiones y enfermedades neurológicas; cirugía reparadora y reconstructiva de la mano.

Como se ha expuesto anteriormente, el listado de habilidades que antecede no pretende ni puede ser exhaustivo pero debe servir de orientación a los responsables de las unidades docentes para el objetivo de obtener como producto final de la formación el perfil ya mencionado de un especialista básico.

2. Supervisión del residente en las rotaciones:

Cada uno de los miembros del Servicio asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad. El modelo de formación durante este período será centrado en el que aprende. La función del Médico Adjunto al cargo del residente será la de tutelar y orientar el aprendizaje personal por parte del residente y facilitar la asunción progresiva de responsabilidades a medida que éste adquiera conocimientos y habilidades.

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.

Siempre que exista cualquier tipo de duda deberá pedir ayuda al Adjunto supervisor

El Médico 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. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda a su Adjunto supervisor.

Los elementos básicos del aprendizaje serán la labor clínica diaria, el estudio personal, las sesiones y los cursos y seminarios.

Niveles de supervisión

Los niveles de supervisión para la formación de este especialista básico se han ordenado en tres niveles:

-Nivel I. Controles de primer nivel o supervisión directa o supervisión personal (observador o ayudante)

El objetivo de este primer nivel de formación es que el médico residente se familiarice con el manejo de la patología habitual del servicio. Implica la supervisión continua, personal y presencial por parte del Adjunto especialista responsable de la formación. El MIR no dispone de ninguna función autónoma que implique responsabilidad sobre el paciente.

En general este Grado de Supervisión se debe utilizar en:

- Durante el primer año de Residencia
- En las nuevas rotaciones de R2 y R3
- Durante la implantación de nuevas técnicas quirúrgicas o en procedimientos de alto riesgo y complejidad durante todo el periodo formativo. Las técnicas de alto riesgo y complejidad serán definidas siempre por el Adjunto responsable de la formación.

-Nivel II. Controles de segundo nivel o supervisión directa (actividades realizadas por el Residente con tutorización directa)

El objetivo de este nivel de responsabilidad es que vaya adquiriendo soltura en el manejo de toda la patología habitual del servicio, con una cierta libertad en sus actuaciones pero siempre con la autorización del Adjunto especialista responsable, quien además deberá supervisar su labor y validar el resultado. El MIR dispone de autonomía para realizar la tarea, pero el Adjunto especialista deberá validar el resultado antes de dar por finalizada la actuación. Este tipo de control deberá realizarse en todos los casos durante el segundo año de formación y durante el tercero sólo en el caso de que el médico especialista responsable lo considere oportuno. Estos controles también deben realizarse en actuaciones altamente especializadas o que supongan riesgo para el enfermo.

-Nivel III. Controles de tercer nivel o supervisión general o a demanda.
(actividades realizadas por el Residente con tutorización indirecta)

El objetivo de este tercer nivel es dotar al MIR del nivel de autonomía necesaria que en el futuro le permita asumir sus responsabilidades como médico especialista. El MIR tiene plena autonomía para realizar la tarea, incluido el control de calidad y la validación del resultado. Se deja a su criterio la petición de ayuda o de intervención al Adjunto especialista. El Adjunto supervisor deberá estar en situación de disponibilidad. Este tipo de control tan solo se aplicará a los residentes de 4º y 5º año.

SUPERVISIÓN EN LAS GUARDIAS

Los MIR del Servicio de COT realizan su actividad asistencial en el Servicio de Urgencias en diferentes modalidades según su año de formación:

RESIDENTES DE 1º AÑO

Los MIR de 1º año del Servicio COT realizan guardias en el Área del Bloque Quirúrgico-Traumatológico del Servicio de Urgencias y dependen jerárquica, docente y asistencialmente de los Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias adscritos a esa área

Los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias y responsables del Servicio lo son también de la tutela y supervisión del MIR

Supervisión de los residentes en el Servicio de Urgencias:

En función de la normativa legal aplicable, todos los Médicos Internos Residentes deben ser supervisados durante la realización de guardias o durante su rotación por el Servicio, siendo el grado de supervisión diferente dependiendo del año de residencia.

a) Residentes de 1º año:

- ◆ La supervisión será realizada de forma directa por los adjuntos del Servicio de Urgencias asignándose cada adjunto un residente de 1º año desde el inicio de la guardia, no debiendo quedarse ningún residente de 1º año sin adjunto de referencia. En determinados períodos del año (época vacacional) un adjunto podrá asignarse 2 residentes de 1º año.
- ◆ En ningún caso el residente de 1º año podrá dar altas, ingresar pacientes, solicitar pruebas diagnósticas ni dar órdenes médicas sin la supervisión directa y firma de su adjunto de referencia.

Las Funciones del MIR ese año se guía por la Normativa de Supervisión del Servicio de Urgencias.

Residentes de 1º año:

- ◆ Realizar una correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo.
- ◆ Emitir un juicio clínico de presunción.
- ◆ Durante el primer año de residencia, como norma, no deberán solicitar pruebas complementarias, iniciar un tratamiento, dar un alta o ingresar a un paciente sin consultar a un Adjunto del Servicio de Urgencias. Al finalizar el 1º año de residencia, deberán ser capaces de realizar estas actividades sin necesidad de consultar, y ser capaces de valorar los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.
- ◆ Informar al enfermo y a los familiares a su llegada es esencial, transmitiéndoles una primera impresión y comentando brevemente lo que se va a hacer y un tiempo aproximado de la estancia del enfermo en urgencias, así como en el momento de proceder a dar el alta o el ingreso, (que siempre se decidirá bajo la supervisión del adjunto de Urgencias).

- ◆ Rellenará los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, cumplimentarán los partes judiciales y documentación que sea necesaria (todo ello con el asesoramiento del adjunto de urgencias).

RESIDENTES DE 2º A 5º AÑO

Los MIR del Servicio COT durante los 4 últimos años de residencia realizan la actividad asistencial durante las guardias en el Servicio COT y dependen jerárquica, asistencial y docentemente del Adjunto del Servicio COT de guardia

Su nivel de actuación es en los pacientes a cargo del Servicio COT del Servicio de Urgencias (susceptibles de tratamiento quirúrgico o de ingreso en pabellón; interconsultas realizadas por los médicos del Servicio de Urgencias...) y de los pacientes ingresados en el Servicio de COT.

La supervisión de su actuación será, por tanto, realizada por los Adjuntos del Servicio de COT de guardia y se realizará también siguiendo una adquisición progresiva de responsabilidad

Se agrupan de este modo en dos etapas:

- 1) Residentes de 2º y 3º año: La Supervisión es de Nivel I-II como observador o ayudante en las cirugías, según van avanzando y a criterio del Adjunto, va siendo mayor el nivel de responsabilidad (puede actuar como cirujano principal) y menor el de Supervisión; siendo en esta etapa, no obstante una supervisión directa presencial.
- 2) Residentes de 4º y 5º año: La Supervisión es de Nivel II-III; es inicialmente presencial, pero puede pasar a ser a demanda y en las cirugías actuará casi siempre como cirujano principal excepto en cirugías muy complejas a criterio del Adjunto.