
**PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN
DEL RESIDENTE
ESPECIALIDAD
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA**

Aprobado por la Comisión de Docencia el 18 de marzo de 2019

ÍNDICE

1. Objetivo del protocolo de supervisión.....	3
2. Ámbito de aplicación.....	3
3. Bases legislativas.....	3
4. Supervisión de las actividades asistenciales.....	6
<i>RESIDENTE DE PRIMER AÑO (R1).....</i>	<i>11</i>
<i>RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO (R2).....</i>	<i>13</i>
<i>RESIDENTE DE TERCER AÑO (R3).....</i>	<i>15</i>
<i>RESIDENTE DE CUARTO AÑO (R4).....</i>	<i>16</i>
<i>RESIDENTE DE QUINTO AÑO (R5).....</i>	<i>18</i>
5. Niveles de supervisión por años.....	20
6. Esquema del nivel de supervisión.....	30
7. Supervisión de los residentes en las guardias.....	36

1. Objetivo del protocolo de supervisión

El presente protocolo de supervisión del residente del Hospital Consorci Sanitari Integral tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

Se entiende que a lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

La Comisión de Docencia del Hospital Consorci Sanitari Integral ha elaborado este protocolo en cumplimiento del Artículo 15.5 del 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. Dicho artículo establece que: “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”.

Tal y como se indica además en el citado Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, el protocolo ha sido elevado a los órganos de dirección del centro para su aplicación y para que se realicen revisiones periódicas

2. Ámbito de aplicación.

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en nuestro Hospital. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una Unidad Docente no dependiente de nuestro Hospital se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestras Unidades Docentes.

Asimismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que los residentes pertenecientes a nuestro Hospital realicen en Centros o Unidades Docentes externas.

3. Bases legislativas.

Como se indicó previamente, este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada-

Para su elaboración se han tenido en cuenta el capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente que incluye los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008 y su aplicación a las características específicas de nuestro Hospital.

A continuación se transcribe literalmente los Artículos citados:

Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008).

Capítulo V: 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 éste 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 consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

4. Supervisión de las actividades asistenciales.

A. Generalidades.

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

<p>Nivel 1 de supervisión Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda</p>	<p>Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.</p>
<p>Nivel 2 de supervisión Responsabilidad media / Supervisión directa</p>	<p>El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del adjunto responsable.</p>
<p>Nivel 3 de supervisión Responsabilidad mínima / Supervisión de Presencia Física.</p>	<p>El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. El residente observa y asiste la actuación del adjunto responsable que es quien realiza el procedimiento.</p>

Asimismo, se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. Si bien se establecen niveles de responsabilidad únicos para cada tipo de actividad en cada periodo formativo, es evidente que los conocimientos y las habilidades del residente progresan con el paso del tiempo

B. Actividades.

La supervisión de residentes de primer año ha de ser siempre 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.

La supervisión de los residentes a partir del segundo año de formación, irá decreciendo de forma progresiva, sin que nunca pueda ser menor que lo establecido como objetivo para una determinada actividad, en ese año formativo.

Las actividades aprendidas en años anteriores, mantienen el Nivel de Supervisión previo, al inicio del siguiente año formativo, para ir disminuyendo a lo largo del mismo.

Para las actividades de nueva realización, se establece el Nivel de Supervisión máxima al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

El paso de un Nivel de Supervisión 3 a 2, o de un nivel 2 a 1 será progresivo y dependerá no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y las características individuales del residente (posible experiencia previa del residente en dichas actividades o formación específica). Cuando un residente no consiga alcanzar los conocimientos necesarios para progresar en su formación, no se puede disminuir el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, teniendo que poner este hecho en conocimiento del Tutor de residentes, quién podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se constate que la progresión del residente garantiza la calidad de la formación.

Como **norma general**, para los residentes de **primer año** se considera que el nivel de supervisión del residente será de **nivel 3, supervisión por presencia física**.

Los documentos generados por los residentes de primer año serán visados por escrito por un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente. Tal y como se deriva de los puntos anteriores.

Las habilidades técnicas específicas clasificadas por niveles son:

Nivel 1

Habilidades en las que el residente debe estar capacitado para una **actuación autónoma independiente**:

- **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.

- **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.

- **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 escapulo-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; síndromes compartimentales.
- 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.

Nivel 2

Habilidades que capacitan al residente para adquirir un **buen conocimiento y una cierta experiencia personal con participación activa.**

- **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.

- **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.

Nivel 3

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 ablativo 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.

Bajo el principio de responsabilidad progresiva supervisada, la formación práctica tendrá lugar en las áreas de hospitalización, urgencias, quirófanos y consultas externas y deberá cubrir necesariamente experiencia en Traumatología y Cirugía Ortopédica del adulto y del paciente infantil.

En el Consorci Sanitari Integral, el modelo de formación se basa en la supervisión y organización de los MIR en el Servicio de COT durante sus cinco años de formación, basándonos en la complejidad según los grupos:

NIVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de fracturas simples (extremidad inferior de radio, fracturas anguladas en tallo verde) - Luxaciones no complicadas (luxación de codo, luxación de hombro, luxaciones de los dedos) - Operaciones quirúrgicas: <ul style="list-style-type: none"> - Extracción de material de síntesis - CMA de baja complejidad
----------------	---

NIVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Osteosíntesis de mediana dificultad (bimaleolares, radio distal) - Enclavados intramedulares (Kuntscher). Fémur, tibia, húmero - Artroscopia de rodilla - Prótesis cervicocefálicas - Reducción de luxaciones complejas (cadera, rodilla) - Osteotomías correctoras - Transposiciones tendinosas
----------------	--

NIVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción e inmovilización quirúrgica (osteosíntesis) de las fracturas más complejas diafisarias y metafisarias - Osteosíntesis con placa - Enclavados intramedulares - Técnica de sustitución con Prótesis Totales de cadera y rodilla - Artroscopia hombro - Artroscopia tobillo / muñeca
----------------	--

RESIDENTE DE PRIMER AÑO (R1)

de las habilidades técnicas generales: Habilidades quirúrgicas relativas a la preparación preoperatorio, conocimiento de las indicaciones de técnicas anestésicas, técnicas de diéresis, exéresis y síntesis de los tejidos, práctica de los abordajes quirúrgicos relacionados con el aparato locomotor, atención postoperatoria y tratamiento de las complicaciones, técnicas de analgesia, manejo del paciente crítico y soporte vital, conocimiento de los aspectos afines de otras especialidades relacionadas con la Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Como guía general para las **actividades prácticas**, la Comisión Nacional de Traumatología y Cirugía Ortopédica sugiere.

Primer año específico (R1-R2):

- Exploraciones y técnicas complementarias de exploración
- Inmovilizaciones con vendajes elásticos y compresivos
- Férulas y yesos habituales
- Tracciones
- Reducción y tratamiento de fracturas simples
- Conocimiento de accesos quirúrgicos habituales.
- Operaciones más sencillas (Grupo A) (ayudar-realizar)

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, Médicos Adjuntos Especialistas de COT, se desarrollará de acuerdo con las posibilidades y la patología habitual en el Servicio donde haya sido destinado.

✓ **URGENCIAS**

Supervisión completa continuada de todo aquello que realiza, durante los dos primeros meses visitará SIEMPRE acompañado por un miembro del Servicio Médico Adjunto Especialista de COT que le enseñará la dinámica habitual y exploración física detallada por sistemas; **supervisión por presencia física.**

A partir del tercer mes deberá explicar todo aquello que realiza sobre un paciente tanto historia clínica como exploración física y deberá consultar SIEMPRE antes de solicitar pruebas complementarias.

Durante su estancia en el Servicio de urgencias su responsable Médico Adjunto Especialista de COT no podrá abandonar dicho espacio físico sin la compañía del residente de primer año; **supervisión por presencia física.**

Guardias a partir del 3er mes de presencia física con total y completa supervisión física; **supervisión por presencia física.**

✓ **HOSPITALIZACION**

Pase de visita acompañando SIEMPRE a un miembro del Servicio Médico Adjunto Especialista de COT. No visitará sólo bajo ningún concepto a ningún paciente hospitalizado, **supervisión por presencia física.**

✓ **CONSULTAS EXTERNAS**

Visita de pacientes acompañando SIEMPRE a un miembro del Servicio Médico Adjunto Especialista de COT, **supervisión por presencia física.**

✓ **QUIRÓFANO**

El período que abarca desde su incorporación hasta el final del 5º mes será instruido en técnicas de asepsia y conocimiento del instrumental quirúrgico

A partir del 6º mes de formación podrá participar en sesiones quirúrgicas como 1er ayudante e incluso como cirujano principal en procedimientos de baja complejidad (gangliones, infiltraciones PRGF, STC, dedos en garra y resorte); **supervisión por presencia física.**

Según el Ministerio de Sanidad el residente de primer año pertenece al Nivel A respecto a la valoración aproximada de la complejidad e importancia de las diferentes intervenciones quirúrgicas en cirugía ortopédica y traumatología.

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO (R2)

Desarrollo de las habilidades técnicas generales: Habilidades quirúrgicas relativas a la preparación preoperatorio, conocimiento de las indicaciones de técnicas anestésicas, técnicas de diéresis, exéresis y síntesis de los tejidos, práctica de los abordajes quirúrgicos relacionados con el aparato locomotor, atención postoperatoria y tratamiento de las complicaciones, técnicas de analgesia, manejo del paciente crítico y soporte vital, conocimiento de los aspectos afines de otras especialidades relacionadas con la Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Como guía general para las **actividades prácticas**, la Comisión Nacional de Traumatología y Cirugía Ortopédica sugiere.

Primer año específico (R1-R2):

- Exploraciones y técnicas complementarias de exploración
- Inmovilizaciones con vendajes elásticos y compresivos
- Férulas y yesos habituales
- Tracciones
- Reducción y tratamiento de fracturas simples
- Conocimiento de accesos quirúrgicos habituales
- Operaciones más sencillas (Grupo A) (ayudar-realizar).

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, Médicos Adjuntos Especialistas de COT, se desarrollará de acuerdo con las posibilidades y la patología habitual en el Servicio donde haya sido destinado.

✓ **URGENCIAS**

Supervisión continuada de todo aquello que realiza, con presencia física del Médico Adjunto Especialista de COT responsable de urgencias en todo momento.

Podrá visitar sólo a pacientes en los box de tratamiento pero deberá consultar todos los aspectos relevantes e intrascendentes de la visita al miembro del Servicio Médico Adjunto Especialista de COT

Podrá solicitar sin consultar radiología básica.

✓ **HOSPITALIZACION**

Pase de visita acompañado SIEMPRE de un miembro Médico Adjunto Especialista de COT que debe estar presente en la valoración del enfermo; a diferencia del residente de primer año, el residente de segundo año ya asume al paciente como propio, pasando de ser observador a actor.

✓ **CONSULTAS EXTERNA**

Visita de pacientes en despacho propio con la supervisión física de un miembro del Servicio Médico Adjunto Especialista de COT.

✓ **QUIRÓFANO**

A partir del primer mes podrá realizar como cirujano principal OS en fracturas de fémur mediante DHS.

Participación en sesiones quirúrgicas como 1er ayudante e incluso como cirujano principal en procedimientos de baja-mediana complejidad.

A partir del 6º mes podrá realizar como cirujano principal OS en fracturas bimalleolares así como fracturas subcapitales de fémur.

Según el Ministerio de Sanidad el residente de segundo año pertenece al Nivel B respecto a la valoración aproximada de la complejidad e importancia de las diferentes intervenciones quirúrgicas en cirugía ortopédica y traumatología.

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.

RESIDENTE DE TERCER AÑO (R3)

Consolidación de las habilidades técnicas generales: Habilidades quirúrgicas relativas a la preparación preoperatorio, conocimiento de las indicaciones de técnicas anestésicas, técnicas de diéresis, exéresis y síntesis de los tejidos, práctica de los abordajes quirúrgicos relacionados con el aparato locomotor, atención postoperatoria y tratamiento de las complicaciones, técnicas de analgesia, manejo del paciente crítico y soporte vital, conocimiento de los aspectos afines de otras especialidades relacionadas con la Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Como guía general para las **actividades prácticas**, la Comisión Nacional de Traumatología y Cirugía Ortopédica sugiere.

Segundo año específico (R3-R4):

- Vendajes / yesos especiales de tronco y miembros
- Tratamiento conservador y quirúrgico de fracturas de mediana dificultad.
- Intervenciones de mediana dificultad (Grupo B) (ayudar-realizar).

✓ **URGENCIAS**

Supervisión CON PRESENCIA FÍSICA por parte por del adjunto especialista de COT responsable de urgencias.

✓ **HOSPITALIZACION**

Pase de visita sólo pero con supervisión de un miembro del Servicio Médico Adjunto Especialista de COT que puede o no estar presente en la habitación durante la valoración del enfermo pero si en la planta.

✓ **ATENCION PRIMARIA**

Visita de pacientes en el mismo despacho que el profesional adjunto Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Atención Primaria, acompañado SIEMPRE.

✓ **CONSULTAS EXTERNAS**

Visita de pacientes en despacho con la supervisión física, si precisa, de un miembro del Servicio especialista en cirugía ortopédica y traumatología, Médico Adjunto Especialista de COT.

✓ **QUIRÓFANO**

Participación en sesiones quirúrgicas como primer ayudante e incluso como cirujano principal en procedimientos de mediana complejidad y como cirujano principal OS en fracturas radio distal y olecranon.

Iniciación a la navegación con el artroscopio.

Según el Ministerio de Sanidad el residente de tercer año pertenece al grupo B respecto a la valoración aproximada de la complejidad e importancia de las diferentes intervenciones quirúrgicas en cirugía ortopédica y traumatología.

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.

RESIDENTE DE CUARTO AÑO (R4)

Como guía general para las actividades prácticas, la Comisión Nacional de Traumatología y Cirugía Ortopédica sugiere.

Segundo año específico (R3-R4):

- Vendajes / yesos especiales de tronco y miembros
- Tratamiento conservador y quirúrgico de fracturas de mediana dificultad
- Intervenciones de mediana dificultad (Grupo B) (ayudar-realizar). Anexo III

✓ **URGENCIAS**

Supervisión por parte del Médico Adjunto Especialista de COT responsable de urgencias.

✓ **URGENCIAS EN ORTOPEDIA INFANTIL**

Supervisión física por parte del Médico Adjunto Especialista de COT responsable de urgencias.

Deberá aprender y realizar los siguientes procedimientos:

- Historia clínica de urgencias
- Exploración física detallada
- Formular una aproximación diagnóstica
- Solicitar pruebas complementarias según sospecha diagnóstica
- Pauta de tratamientos más frecuentes
- Pauta de controles en Atención Primaria o hospitalaria
- Inmovilizaciones más frecuentes con vendajes y yesos
- Reducción de luxaciones de hombro, codo y cabeza de radio
- Indicación de cirugías emergentes

✓ **HOSPITALIZACION**

Pase de visita solo pero con soporte físico o telefónico (en las instalaciones hospitalarias) de un miembro del Servicio Médico Adjunto Especialista de COT que estará presente en la planta.

✓ **CONSULTAS EXTERNAS**

Visita de pacientes en despacho con la supervisión física, si precisa, de un miembro del Servicio especialista en cirugía ortopédica y traumatología, Médico Adjunto Especialista de COT.

✓ **CONSULTAS EXTERNAS EN ORTOPEDIA INFANTIL**

Visita de pacientes en despacho junto al miembro del Servicio especialista en cirugía ortopédica y traumatología, Médico Adjunto Especialista de COT Ortopedia Infantil del HSJD.

Durante las visitas conocerá y será capaz de realizar al final de la rotación los siguientes procedimientos:

- Aproximación a la historia clínica por sistemas musculoesqueléticos específicos: cadera, extremidad superior, columna, rodilla, pie y tobillo y tumores.
- Orientación diagnóstica de las patologías más comunes de la edad infantil
- Indicación de las pruebas complementarias más frecuentes

- Orientación diagnóstica general y específica por subespecialidad
- Aplicar los protocolos de tratamiento según la orientación diagnóstica
- Indicar tratamientos quirúrgicos
- Seguimiento de los paciente postoperados
- Informes médicos de seguimiento y de alta a Atención Primaria

✓ **QUIRÓFANO**

Participación en sesiones quirúrgicas como primer ayudante e incluso como cirujano principal en procedimientos de mediana complejidad como artroscopias rodilla, artroplastias de rodilla, etc... y como cirujano principal en osteosíntesis de fracturas de mayor complejidad.

✓ **QUIRÓFANO CIRUGIA ORTOPÉDICA INFANTIL**

Participación en sesiones quirúrgicas como primer ayudante en cirugías como artroscopia de rodilla y tobillo, cirugía de cadera y columna y en cirugía de pie y tobillo, tracciones al cénit y transesqueléticas. Como cirujano principal en osteosíntesis de fracturas sencillas como reducción cerrada y encerrojado con agujas, reducción de luxaciones de radio y cubito y enyesado, yesos de Ponsetti, colocación en quirófano bajo anestesia de yeso inguiniopélvicos, diseño y colocación de corsé de yeso.

Según el Ministerio de Sanidad el residente de cuarto año pertenece al grupo C respecto a la valoración aproximada de la complejidad e importancia de las diferentes intervenciones quirúrgicas en cirugía ortopédica y traumatología.

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.

RESIDENTE DE QUINTO AÑO (R5)

Como guía general para las actividades prácticas en los distintos años de formación específica, la Comisión Nacional de Traumatología y Cirugía Ortopédica sugiere.

Tercer año específico (R5):

- Procedimientos diagnósticos, tratamientos conservadores y quirúrgicos de cualquier dificultad que sean práctica habitual en la Especialidad (Grupo C)

✓ **URGENCIAS**

Soporte telefónico (dentro de las instalaciones) del adjunto Médico Adjunto Especialista de COT responsable de urgencias.

✓ **HOSPITALIZACION**

Asume responsabilidad completa del pase de visita.

✓ **CONSULTAS EXTERNAS**

Visita de pacientes en despacho con la supervisión física, si precisa, de un miembro del Servicio especialista en cirugía ortopédica y traumatología, Médico Adjunto Especialista de COT.

✓ **QUIRÓFANO**

Participación en sesiones quirúrgicas como primer ayudante y cirujano principal en procedimientos de alta complejidad como artroplastia total de cadera, recambios protésicos, artroscopia de hombro, plastias ligamentosas ... y como cirujano principal en osteosíntesis de fracturas de alta complejidad como meseta tibial, húmero proximal, ...

Según el Ministerio de Sanidad el residente de quinto año pertenece al grupo C respecto a la valoración aproximada de la complejidad e importancia de las diferentes intervenciones quirúrgicas en cirugía ortopédica y traumatología.

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.

Habitualmente, los niveles de responsabilidad y la necesidad de supervisión inherentes a las actividades asistenciales que deben realizar los residentes en el aprendizaje de su especialidad están definidos en los programas formativos que para cada especialidad elabora la correspondiente Comisión Nacional. El Plan de supervisión de la especialidad, especificando los niveles de responsabilidad es el siguiente:

5. Niveles de supervisión por años

Niveles de supervisión durante el primer año	
<p>El residente de primer año estará siempre supervisado por un adjunto; supervisión por presencia física.</p> <p>Las principales habilidades que se han de adquirir y los niveles de supervisión son</p>	
Saber presentarse al paciente y familiares	Nivel 3-2
Realización de la historia clínica completa del paciente	Nivel 3
Revisar historias de los pacientes	Nivel 3
Realizar exploración del paciente	Nivel 3-2
Realizar una orientación diagnóstica	Nivel 3
Decidir las exploraciones complementarias que se han de practicar al paciente	Nivel 3
Solicitar RX, analíticas, interconsultas a otras especialidades	Nivel 3
Interpretar las exploraciones complementarias básicas	Nivel 3
Interpretar radiografías y pruebas de imagen	Nivel 3
Elaboración de un informe de Urgencias	Nivel 3
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico	Nivel 3
Información al paciente y familia	Nivel 3-2
Conocimientos de RCP básica	Nivel 3-2
Realizar artrocentesis	Nivel 3
Reducción de luxaciones	Nivel 3
Inmovilización de fracturas	Nivel 3

Colocación de tracciones, vendajes y yesos	Nivel 3
Sutura de heridas superficiales	Nivel 3
Intervenciones quirúrgicas: Síndrome del túnel carpiano, fracturas tercio proximal de fémur, fracturas diafisarias de huesos largos, fracturas maleolares tobillo	Nivel 3
Niveles de supervisión durante el segundo año	
<p>Los residentes de segundo año tienen los mismos objetivos pero con un grado de responsabilidad mayor.</p> <p>Las principales habilidades que se han de adquirir y los niveles de supervisión son</p>	
Realizar exploración del paciente	Nivel 2-1
Realizar una orientación diagnóstica	Nivel 3-2
Decidir las exploraciones complementarias que se han de practicar al paciente. Solicitar RX, analíticas, interconsultas a otras especialidades	Nivel 3-2
Interpretar las exploraciones complementarias básicas	Nivel 2-1
Interpretar radiografías y pruebas de imagen	Nivel 2-1
Elaboración de un informe de Urgencias	Nivel 2-1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico	Nivel 2-1
Información al paciente y familia	Nivel 2-1
Conocimientos de RCP básica	Nivel 2
Realizar artrocentesis	Nivel 2-1
Reducción de luxaciones	Nivel 2-1
Inmovilización de fracturas	Nivel 2-1
Colocación de tracciones, vendajes y yesos	Nivel 2-1

Sutura de heridas superficiales	Nivel 2-1
Suturas tendinosas y nerviosas	Nivel 3-2
Desbridamientos articulares	Nivel 2-1
Intervenciones quirúrgicas sencillas, añadiendo a las de los R1 las siguientes: Síndrome del túnel carpiano, dedo en resorte, fracturas tercio proximal de fémur, fracturas diafisarias de huesos largos, fracturas maleolares, hallux valgus, dedos en martillo	Nivel 2
Intervenciones quirúrgicas más complejas: artroplastia total de rodilla y cadera primaria, fracturas articulares	Nivel 3

Niveles de supervisión durante el tercer año

Las principales habilidades que se han de adquirir y los niveles de supervisión son

Realizar exploración del paciente	Nivel 1
Realizar una orientación diagnóstica	Nivel 2-1
Decidir las exploraciones complementarias que se han de practicar al paciente. Solicitar RX, analíticas, interconsultas a otras especialidades	Nivel 2-1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas	Nivel 2-1
Interpretar radiografías y pruebas de imagen	Nivel 2-1
Elaboración de un informe de Urgencias	Nivel 2-1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico	Nivel 2-1
Información al paciente y familia	Nivel 2-1
Conocimientos de RCP básica	Nivel 2

Realizar artrocentesis	Nivel 1
Reducción de luxaciones	Nivel 1
Inmovilización de fracturas	Nivel 1
Colocación de tracciones, vendajes y yesos	Nivel 1
Sutura de heridas superficiales	Nivel 1
Suturas tendinosas y nerviosas	Nivel 2-1
Desbridamientos articulares	Nivel 2-1
Valoración del paciente politraumático	Nivel 2-1
Intervenciones quirúrgicas, añadimos a las de los R2 las siguientes: Artroplastia total de rodilla y cadera primaria simple, artroscopia de rodilla	Nivel 2
Intervenciones quirúrgicas más complejas: artroplastia total de rodilla y cadera primaria compleja, artroscopia de hombro, fracturas articulares, fracturas en niños	Nivel 2
<p>En Atención Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas respiratorios. ▪ Factores de riesgo y problemas cardiovasculares. ▪ Problemas del tracto digestivo y del hígado. ▪ Problemas infecciosos. ▪ Problemas metabólicos y endocrinológicos. ▪ Problemas de la conducta y de la relación. ▪ Problemas del sistema nervioso. ▪ Problemas hematológicos. 	Nivel 2

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas de la piel. ▪ Traumatismos, accidentes e intoxicaciones. ▪ Problemas de la función renal y de las vías urinarias. ▪ Problemas musculo esqueléticos. ▪ Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos. ▪ Problemas de los ojos. Conductas de riesgo adictivo. ▪ Urgencias y emergencias. ▪ Diagnóstico diferencial de la patología del aparato locomotor exploración física ▪ Indicación de pruebas complementarias con criterios de gestión responsable de recursos. 	
<p>En Atención Primaria</p> <p>Abordaje de grupos poblacionales y grupos con problemas de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención al niño, problemas específicos y actividades preventivas. ▪ Atención al adolescente, problemas específicos y actividades preventivas. ▪ Atención a la mujer, actividades preventivas y atención en el embarazo. ▪ Atención al adulto, actividades preventivas. ▪ Atención a los trabajadores. ▪ Atención al anciano, actividades preventivas. ▪ Atención al paciente inmovilizado. ▪ Atención al paciente terminal, al duelo, al cuidador. 	<p>Nivel 2</p>

<ul style="list-style-type: none">▪ Atención a las situaciones de riesgo familiar y social.	
---	--

Niveles de supervisión durante el cuarto año

Las principales habilidades que se han de adquirir y los niveles de supervisión son

Realizar exploración del paciente	Nivel 1
Realizar una orientación diagnóstica	Nivel 2-1
Decidir las exploraciones complementarias que se han de practicar al paciente. Solicitar RX, analíticas, interconsultas a otras especialidades	Nivel 2-1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas	Nivel 2-1
Interpretar radiografías y pruebas de imagen	Nivel 2-1
Elaboración de un informe de Urgencias	Nivel 1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico	Nivel 2-1
Información al paciente y familia	Nivel 1
Conocimientos de RCP básica	Nivel 2
Realizar artrocentesis	Nivel 1
Reducción de luxaciones	Nivel 1
Inmovilización de fracturas	Nivel 1
Colocación de tracciones, vendajes y yesos	Nivel 1
Sutura de heridas superficiales	Nivel 1
Suturas tendinosas y nerviosas	Nivel 1
Desbridamientos articulares	Nivel 2-1
Valoración del paciente politraumático	Nivel 2-1

Intervencions quirúrgiques, afegim a les de los R3 les següents: Artroplastia de hombro, fracturas articulares, fracturas en niños, cirugía percutánea del pie	Nivel 2
Intervencions quirúrgiques més complexes: artroplastia total de rodilla y cadera primaria compleja, recambios artroplastia, displasias, osteotomías, fracaso de osteosíntesis, plastia LCA, artroscopia de cadera y codo, pseudoartrosis fracturas	Nivel 2
En Ortopedia Infantil urgencias: historia clínica de urgencias	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; exploración física detallada	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; formular una aproximación diagnóstica	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; solicitar pruebas complementarias según sospecha diagnóstica	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; solicitar pruebas complementarias según sospecha diagnóstica	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; pauta de tratamientos más frecuentes	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; pauta de controles en Atención Primaria o hospitalaria	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; inmovilizaciones más frecuentes con vendajes y yesos	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; reducción de luxaciones de hombro, codo y cabeza de radio	Nivel 2-1
En Ortopedia Infantil urgencias; indicación de cirugías emergentes	Nivel 3-2
En Ortopedia Infantil consultas externas; aproximación a la historia clínica por sistemas musculoesqueléticos específicos: cadera, extremidad superior, columna, rodilla, pie y tobillo y tumores	Nivel 2
En Ortopedia Infantil consultas externas; orientación diagnóstica de las	Nivel 2

patologías más comunes de la edad infantil	
En Ortopedia Infantil consultas externas; indicación de las pruebas complementarias más frecuentes edad infantil	Nivel 2
En Ortopedia Infantil consultas externas; orientación diagnóstica general y específica por subespecialidad	Nivel 3-2
En Ortopedia Infantil consultas externas; aplicar los protocolos de tratamiento según la orientación diagnóstica	Nivel 2
En Ortopedia Infantil consultas externas; aplicar los protocolos de tratamiento según la orientación diagnóstica	Nivel 2
En Ortopedia Infantil consultas externas; indicar tratamientos quirúrgicos	Nivel 2
En Ortopedia Infantil consultas externas; seguimiento de los paciente postoperados	Nivel 3-2
En Ortopedia Infantil consultas externas; informes médicos de seguimiento y de alta a Atención Primaria	Nivel 2
En Ortopedia Infantil quirófano; participación en sesiones quirúrgicas como primer ayudante en cirugías como artroscopia de rodilla y tobillo, cirugía de cadera y columna y en cirugía de pie y tobillo, tracciones al cénit y transesqueléticas	Nivel 2
En Ortopedia Infantil quirófano; participación en sesiones quirúrgicas como cirujano principal en osteosíntesis de fracturas sencillas como reducción cerrada y encerrojado con agujas, reducción de luxaciones de radio y cubito y enyesado, yesos de Ponsetti, colocación en quirófano bajo anestesia de yeso inguiniopélvicos, diseño y colocación de corsé de yeso	Nivel 2-1

Niveles de supervisión durante el quinto año

El residente de quinto año, actúa como primer cirujano en cirugías simples y de mediana complejidad según preparación, habilidades y experiencia personal.

Las principales habilidades que se han de adquirir y los niveles de supervisión son

Realizar exploración del paciente	Nivel 1
Realizar una orientación diagnóstica	Nivel 1
Decidir las exploraciones complementarias que se han de practicar al paciente. Solicitar RX, analíticas, interconsultas a otras especialidades	Nivel 1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas	Nivel 1
Interpretar radiografías y pruebas de imagen	Nivel 1
Elaboración de un informe de Urgencias	Nivel 1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico	Nivel 2-1
Información al paciente y familia	Nivel 1
Conocimientos de RCP básica	Nivel 2
Realizar artrocentesis	Nivel 1
Reducción de luxaciones	Nivel 1
Inmovilización de fracturas	Nivel 1
Colocación de tracciones, vendajes y yesos	Nivel 1
Sutura de heridas superficiales y profundas	Nivel 1
Suturas tendinosas y nerviosas	Nivel 2-1
Desbridamientos articulares	Nivel 2-1

Valoración del paciente politraumático	Nivel 2-1
Intervenciones quirúrgicas, añadimos a las de los R4 las siguientes: Ha de saber realizar la mayoría de cirugías de ortopedia y traumatología más frecuentes	Nivel 2-1
Intervenciones quirúrgicas más complejas: recambios de artroplastia, displasias, osteotomías, fracaso de osteosíntesis, fracturas de pelvis y acetábulo	Nivel 3-2

6. Esquema del nivel de supervisión

	R1	R2	R3	R4	R5
Presentarse al paciente y familiares	3	1	1	1	1
Realización de historia clínica	3	1	1	1	1
Revisar historia del paciente	3	1	1	1	1
Realizar exploración del paciente	3-2	1	1	1	1
Realizar orientación diagnóstica	3	2-1	2-1	2-1	1
Decidir las exploraciones complementarias: (RX, Analíticas, IC)	3	2-1	2-1	2-1	1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas	3	2-1	2-1	2-1	1
Interpretar RX y pruebas de imagen	3	2-1	2-1	2-1	1
Elaboración informe de Urgencias	3	2-1	2-1	1	1
En urgencias: historia clínica	3-2	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: exploración física	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: solicitar pruebas complementarias	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: interpretar las pruebas complementarias	3	2	2-1	2-1	1

En urgencias: pautar tratamiento médico	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: informar paciente y familia	3-2	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: vendajes sencillos	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: vendajes complejos	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: cura heridas	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: suturas heridas	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: reducciones luxaciones	3	2-1	2-1	2-1	1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico	3	2-1	2-1	2-1	2-1
Información al paciente y familia	3-2	2-1	2-1	1	1
Conocimientos RCP básica	3-2	2	2	2	2
Realizar artrocentesis y desbridamientos	3	1	1	1	1
Reducción de fracturas y luxaciones	3	2-1	1	1	1
Inmovilización de fracturas	3	1	1	1	1
Colocación de vendajes, yesos y tracciones	3	1	1	1	1
Sutura de heridas superficiales	3	1	1	1	1
Suturas tendinosas y nerviosas	3	2-1	2-1	1	1
Desbridamientos articulares	3	2-1	2-1	1	1
Valoración de paciente politraumático	3	2	2	2-1	2-1
IQ: STC, dedo en resorte, fracturas fémur proximal, fracturas diafisarias huesos largos, fracturas maleolares, hallux valgus, dedo en martillo	3	2-1	2-1	1	1
IQ: artroscopia de rodilla simple	3	2	2-1	1	1
Resección de tumores simples	3	2	2-1	1	1

IQ: artroplastias, fracturas intraarticulares	3	3-2	2	2-1	1
Tratamiento de heridas y fracturas abiertas complejas	3	3-2	2	2	2-1
Laminectomía – Discectomía lumbar	3	3-2	2	2	2-1
IQ: artroplastias primarias complejas, artroscopia hombro, fracturas articulares, fracturas en niños	3	3-2	2	2	2
Amputación de extremidades	3	3-2	2	2-1	2
IQ: cirugía percutánea del pie	3	3-2	2	2-1	2-1
IQ: recambios artroplastia, displasias, osteotomías, fracaso de osteosíntesis, plastia LCA, artroscopia de cadera y codo, pseudoartrosis de fracturas, instrumentación vertebral	3	2	2	2	2-1
IQ: fracturas de pelvis y acetábulo, recambios sépticos	3	2	3	3	2
Cirugía tumoral, cirugía deformidad raquis, tratamiento secuelas cirugía reparadora y reconstructiva de la mano	3	3	3	3	2

En Ortopedia Infantil	R1	R2	R3	R4	R5
En Ortopedia Infantil urgencias; exploración física detallada				2-1	
En Ortopedia Infantil urgencias; formular una aproximación diagnóstica				2-1	
En Ortopedia Infantil urgencias; solicitar pruebas complementarias según sospecha diagnóstica				2-1	
En Ortopedia Infantil urgencias; pauta de tratamientos más frecuentes				2-1	
En Ortopedia Infantil urgencias; pauta de controles en Atención Primaria o hospitalaria				2-1	
En Ortopedia Infantil urgencias; inmovilizaciones más frecuentes con vendajes y yesos				2-1	
En Ortopedia Infantil urgencias; reducción de				2-1	

luxaciones de hombro, codo y cabeza de radio					
En Ortopedia Infantil urgencias; indicación de cirugías emergentes				3-2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; aproximación a la historia clínica por sistemas musculoesqueléticos específicos: cadera, extremidad superior, columna, rodilla, pie y tobillo y tumores				2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; orientación diagnóstica de las patologías más comunes de la edad infantil				2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; indicación de las pruebas complementarias más frecuentes edad infantil				2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; orientación diagnóstica general y específica por subespecialidad				3-2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; aplicar los protocolos de tratamiento según la orientación diagnóstica				2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; aplicar los protocolos de tratamiento según la orientación diagnóstica				2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; indicar tratamientos quirúrgicos				2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; seguimiento de los paciente postoperados				3-2	
En Ortopedia Infantil consultas externas; informes médicos de seguimiento y de alta a Atención Primaria				2	
En Ortopedia Infantil quirófano; participación en sesiones quirúrgicas como primer ayudante en cirugías como artroscopia de rodilla y tobillo, cirugía				2	

de cadera y columna y en cirugía de pie y tobillo, tracciones al cénit y transesqueléticas					
En Ortopedia Infantil quirófano; participación en sesiones quirúrgicas como cirujano principal en osteosíntesis de fracturas sencillas como reducción cerrada y encerrojado con agujas, reducción de luxaciones de radio y cubito y enyesado, yesos de Ponsetti, colocación en quirófano bajo anestesia de yeso inguiniopélvicos, diseño y colocación de corsé de yeso				2-1	

<p>En Atención Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas respiratorios. ▪ Factores de riesgo y problemas cardiovasculares. ▪ Problemas del tracto digestivo y del hígado. ▪ Problemas infecciosos. ▪ Problemas metabólicos y endocrinológicos. ▪ Problemas de la conducta y de la relación. ▪ Problemas del sistema nervioso. ▪ Problemas hematológicos. ▪ Problemas de la piel. ▪ Traumatismos, accidentes e intoxicaciones. ▪ Problemas de la función renal y de las vías urinarias. ▪ Problemas musculo esqueléticos. 			2		
--	--	--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos. ▪ Problemas de los ojos. Conductas de riesgo adictivo. ▪ Urgencias y emergencias. ▪ Diagnóstico diferencial de la patología del aparato locomotor: exploración física ▪ Indicación de pruebas complementarias con criterios de gestión responsable de recursos. 					
<p>Abordaje de grupos poblacionales y grupos con problemas de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención al niño, problemas específicos y actividades preventivas. ▪ Atención al adolescente, problemas específicos y actividades preventivas. ▪ Atención a la mujer, actividades preventivas y atención en el embarazo. ▪ Atención al adulto, actividades preventivas. ▪ Atención a los trabajadores. ▪ Atención al anciano, actividades preventivas. ▪ Atención al paciente inmovilizado. ▪ Atención al paciente terminal, al duelo, al cuidador. ▪ Atención a las situaciones de riesgo familiar y social. 			2		

Actividades de guardia

- La supervisión durante el primer año ha de ser necesariamente de presencia física a cargo de un especialista; **supervisión por presencia física.**
- La supervisión en años sucesivos de residencia irá decreciendo de forma progresiva, teniendo siempre de presencia física un especialista de COT
- Los documentos generados por residentes de primer año serán visados por escrito por un especialista; **supervisión por presencia física.**

7. Supervisión de los residentes en las guardias

RESIDENTE DE PRIMER AÑO

Supervisión completa continuada de todo aquello que realiza, durante los dos primeros meses visitará SIEMPRE acompañado por un miembro del Servicio de categoría superior, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología, que le enseñará la dinámica habitual y exploración física detallada por sistemas; supervisión por presencia física.

A partir del tercer mes deberá explicar todo aquello que realiza sobre un paciente tanto historia clínica como exploración física y deberá consultar SIEMPRE antes de solicitar pruebas complementarias, supervisión por presencia física, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología.

Durante su estancia en el servicio de urgencias su responsable, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología, no podrá abandonar dicho espacio físico sin la compañía del residente de primer año, supervisión por presencia física.

Guardias a partir del tercer mes de presencia física con total y completa supervisión física.

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

Supervisión continuada de todo aquello que realiza, con presencia física del adjunto responsable de urgencias, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología, en todo momento.

Podrá visitar solo a pacientes en los box de tratamiento pero deberá consultar todos los aspectos relevantes e intrascendentes de la visita al miembro del servicio de categoría superior, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología.

Podrá solicitar sin consultar radiología básica.

RESIDENTE DE TERCER AÑO

Supervisión por parte del adjunto responsable de urgencias, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología.

RESIDENTE DE CUARTO AÑO

Supervisión por parte del adjunto responsable de urgencias, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología

RESIDENTE DE QUINTO AÑO

Soporte telefónico (dentro de las instalaciones) del adjunto responsable de urgencias, médico adjunto especialista en cirugía ortopédica y traumatología.

En los últimos 6 meses guardias en calidad de médico adjunto con soporte telefónico.

QUADRO-RESUMEN ACTIVIDAD EN URGENCIAS Y NIVEL DE SUPERVISION

	R1	R2	R3	R4	R5
En urgencias: historia clínica	3-2	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: exploración física	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: solicitar pruebas complementarias	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: interpretar las pruebas complementarias	3	2	2-1	2-1	1
En urgencias: pautar tratamiento médico	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: informar paciente y familia	3-2	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: vendajes sencillos	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: vendajes complejos	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: cura heridas	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: suturas heridas	3	2-1	2-1	2-1	1
En urgencias: reducciones luxaciones	3	2-1	2-1	2-1	1
Indicar el tratamiento médico o quirúrgico	3	3-2	2	2-1	1
Elaboración informe de Urgencias	3	2-1	2-1	1	1
Conocimientos RCP básica	3-2	2	2	2	2
Realizar artrocentesis y desbridamientos	3	1	1	1	1

Reducció de fractures i luxacions	3	2-1	1	1	1
Inmovilizació de fractures	3	1	1	1	1
Collocació de vendajes, yesos i traccions	3	1	1	1	1
Sutura de herides superficials	3	1	1	1	1
Sutures tendinoses i nervioses	3	2-1	2-1	1	1