



Hospital Universitari
MútuaTerrassa



Protocolo de supervisión
de
C.O.T

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Coordinador: Dr. Baltasar Sanchez (jefe de estudios)

Autores:

Dr. Ibán Clares, Dra. Saioa Quintas, Dr. Luis Oraá

Centro: Hospital Universitario MútuaTerrassa

Fecha de elaboración: 4/02/2025

Fecha de aprobación por el Comité de Docencia: 18/03/2025

ÍNDICE

1. Objetivo del protocolo	4
2. Marco Legal	4
3. Deber de supervisión	5
4. Supervisión de los Especialistas en Formación	5
5. Nivel de supervisión de las actividades durante la jornada ordinaria	8
6. Nivel de supervisión durante las guardias / atención continuada	10

1. Objetivo del protocolo

Describir el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

Este protocolo de supervisión es aplicable a todos los residentes que desarrollen su actividad asistencial, tanto en forma de rotaciones específicas como de guardias, en el Servicio de COT.

El protocolo tiene que ser conocido no sólo por los residentes sino también por todos los profesionales asistenciales de las diferentes áreas del Servicio de COT.

Este documento está disponible por consulta a la web/intranet

<https://www.mutuaterassa.com/blogs/ca/formacio-sanitaria-especialitzada>

2. Marco Legal

Toda la estructura del sistema sanitario tiene que estar en disposición de ser utilizada para las enseñanzas de grado, formación especializada y continuada de los profesionales.

El deber general de supervisión es inherente al ejercicio de las profesiones sanitarias en los centros donde se forman residentes. Así, todos los médicos adjuntos al Servicio de COT, responsables del servicio, lo son también de la supervisión del residente:

- ✓ Artículo 104 de la ley 14/1986, General de Sanidad.
- ✓ Artículo 34.b de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Artículo 12.c de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Las comisiones de docencia tienen que elaborar protocolos escritos para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias, que tiene su protocolo de supervisión específico.

El protocolo se tiene que presentar a los órganos de dirección del centro para que el /la Jefa de Estudios pacte con ellos su aplicación y revisión periódica:

- ✓ Artículo 15.5 del RD 183/2008, de 8 de febrero, por el cual se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de sistema de formación sanitaria especializada.

- ✓ Artículo 15.5 del Decreto 165/2015, de 21 de julio, de Formación sanitaria especializada en Cataluña.

3. Deber de supervisión

El deber general de supervisión en un Centro Hospitalario Universitario con programas oficiales para la Formación Sanitaria Especializada está implícito en todos los profesionales que prestan servicios en las diferentes unidades asistenciales por las que rotan los residentes en formación.

Los responsables de los equipos asistenciales de los diferentes dispositivos que integran la unidad docente tienen que **programar las actividades** asistenciales de los residentes en coordinación con sus tutores, para facilitar el **cumplimiento del itinerario formativo** de la especialidad y la **integración supervisada** de los residentes en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en estas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

La Comisión de Docencia y los órganos de dirección tienen que establecer los mecanismos necesarios para facilitar el cumplimiento del itinerario formativo y la supervisión adecuada de los residentes a cada unidad o dispositivo por el cual roten los residentes.

El médico residente en ningún caso podrá considerarse un estudiante, ya que es médico. Tiene derecho a recibir docencia y supervisión, y el deber de prestar una labor asistencial.

4. Supervisión de los Especialistas en Formación

Supervisión decreciente durante la residencia

El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las diferentes especialidades en Ciencias de la salud.

Este sistema formativo supone la **asunción progresiva de Supervisión** 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 llegar al grado de Supervisión inherente al ejercicio autónomo de la especialidad sanitaria.

En aplicación de este principio rector, los residentes tienen que seguir las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos de centro o unidad, sin perjuicio de plantear a estos especialistas y a sus tutores todas las cuestiones que susciten.

Como normas generales:

1. Los residentes tendrán en las diferentes rotaciones en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología un profesional de plantilla que supervisará su trabajo.
2. La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física.
 - Será Supervisión de los especialistas que presten servicios a los diferentes dispositivos del centro o unidad por los cuales estén eructando o prestando servicios de atención continuada los residentes.
 - Los mencionados especialistas tienen que autorizar por escrito las altas, bajas y otros documentos relativos a las actividades asistenciales en que intervengan los residentes de primer año.
3. A partir del segundo año, la supervisión será progresivamente decreciente.
 - A estos efectos, el/la tutor/a de el/la residente podrá impartir, tanto a este/a como a los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión requerida por los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.
 - En todo caso, el/la residente tiene derecho a conocer a los profesionales presentes a la unidad en la cual preste servicios y podrá recorrer y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

Graduación de la supervisión de las actividades asistenciales

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

Nivel 3. Supervisión alta

El/la residente tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero no experiencia. El/la residente observa y ayuda al especialista de plantilla que es quien hace la actividad o el procedimiento.

Nivel 2. Supervisión mediana

El/la residente tiene suficiente conocimiento, pero no la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. El/la residente hace la actividad o el procedimiento bajo supervisión directa* del especialista responsable.

Nivel 1. Supervisión baja o a demanda Las competencias adquiridas permiten al/la residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa. El/la

residente ejecuta y después informa el especialista responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Nivel	Supervisión	Autonomía
1	Supervisión a demanda	Actúa de manera independiente, excepto en situaciones puntuales.
2	Supervisión directa*	Sabe cómo actuar, pero le falta experiencia para ser autónomo/a.
3	Realizado por el especialista	Solo tiene conocimientos teóricos, puede observar y ayudar.

* Supervisión directa quiere decir que el especialista que está supervisando al/la residente conoce el que hace, interviene cuando lo considera necesario y responde a sus consultas o demandas de intervención. La supervisión directa no implica necesariamente que el especialista esté de presencia física durante toda la actividad o el procedimiento.

- 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 siempre el Nivel de Supervisión máxima al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

Cuando un/a residente no logra las competencias necesarias para progresar en su formación, no se puede disminuir el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, teniéndose que notificar este hecho al tutor/a de el /la residente, que podrá adaptar y redefinir los Niveles de Supervisión de la rotación hasta que se compruebe que la progresión del/la residente garantiza la calidad de la formación.

Cuando el nivel de supervisión disminuya dentro del mismo año de residencia, se especificará en la tabla escribiendo ambos niveles de supervisión, con el que iniciará el año de residencia y con el que debería acabar (ejemplo: 3-2, 2-1). Este cambio de nivel de supervisión será valorado por el tutor y especificado en las tutorías del residente a mitad del año de residencia en curso, especificando que ha alcanzado las competencias necesarias para disminuir el nivel de supervisión que se indique en la tabla.

5. Nivel de supervisión de las actividades durante la jornada ordinaria

	R1	R2	R3	R4	R5
Presentarse al paciente y a sus familiares	2-1	1	1	1	1
Realizar una historia clínica completa del paciente	2-1	1	1	1	1
Revisar historias de pacientes	2-1	1	1	1	1
Hacer la exploración del paciente	2-1	1	1	1	1
Realizar una orientación diagnóstica	3-2	2	2	1	1
Decidir exploraciones complementarias (radiografías, analíticas, interconsultas, etc.)	3-2	2-1	2	1	1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas (analíticas sanguíneas generales)	3-2	2	1	1	1
Interpretar radiografías y pruebas de imagen osteoarticular	3-2	2	2-1	1	1
Firmar un informe de planta	3	2	2	1	1
Indicar tratamientos médicos o quirúrgicos	3-2	2	2	2	1
Dar información al paciente y a sus familiares	3-2	2-1	1	1	1
Conocimientos de reanimación cardiopulmonar básica	2	2	2	2	2
Realizar artrocentesis y desbridamientos	2	1	1	1	1
Reducción de luxaciones	3-2	2-1	1	1	1
Inmovilización de fracturas	3-2	1	1	1	1
Colocación de tracciones, vendajes y yesos	2	1	1	1	1
Sutura de heridas superficiales	2	1	1	1	1
Suturas tendinosas y nerviosas	3-2	2-1	1	1	1
Desbridamientos articulares	3-2	2	2	2	2
Valoración del paciente politraumático	3	3-2	2	2-1	1
Intervenciones quirúrgicas sencillas: síndrome del túnel carpiano, dedo en resorte, fracturas del tercio proximal del fémur, fracturas diafisarias de huesos largos, fracturas maleolares, <i>hallux valgus</i> , dedo en martillo	3-2	2	2	2	2
Artroscopia de rodilla simple	3	3-2	2	2	2
Resección de tumores simples	3	3-2	2	2	2
Artroplastias y fracturas intraarticulares	3	3-2	2	2	2
Tratamiento de heridas y fracturas abiertas complejas	3	3-2	2	2	2-1

Servicio de Urgencias

Protocolo de supervisión

Marzo 2025

Laminectomía y discectomía lumbar	3	3	3-2	2	2
Artroplastias primarias complejas, artroscopia de hombro, fracturas articulares, fracturas en niños	3	3	3	3-2	2
Amputaciones de extremidades	3	3	3-2	3-2	2
Cirugía percutánea del pie	3	3	3-2	3-2	2
Recambios de artroplastia, displasias, osteotomías, fracaso de osteosíntesis, plastia de LCA, artroscopia de cadera y codo, pseudoartrosis de fracturas, instrumentación vertebral	3	3	3	3-2	3-2
Fracturas de pelvis y acetábulo, recambios sépticos	3	3	3	3-2	3-2
Cirugía tumoral, cirugía para deformidad del raquis, tratamiento de secuelas de cirugía reparadora y reconstructiva de la mano	3	3	3	3	3-2

6. Nivel de supervisión durante las guardias / atención continuada.

	R1	R2	R3	R4	R5
Presentarse al paciente y a sus familiares	1	1	1	1	1
Realizar una historia clínica completa del paciente	1	1	1	1	1
Hacer la exploración del paciente	2-1	1	1	1	1
Realizar una orientación diagnóstica	3-2	2	2-1	1	1
Decidir exploraciones complementarias (radiografías, analíticas, interconsultas, etc.)	3-2	2	2-1	1	1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas (analíticas sanguíneas generales)	3-2	2	2-1	1	1
Interpretar radiografías y pruebas de imagen osteoarticular	3-2	2	2-1	1	1
Firmar un informe de urgencias	3	2-1	1	1	1
Indicar tratamientos médicos o quirúrgicos	3-2	2	2-1	1	1
Dar información al paciente y a sus familiares	3-2	2	2-1	1	1
Realizar artrocentesis y desbridamientos	2	1	1	1	1
Reducción de luxaciones	3-2	2-1	1	1	1
Inmovilización de fracturas	3-2	1	1	1	1
Colocación de tracciones, vendajes y yesos	2	1	1	1	1
Sutura de heridas superficiales	2	1	1	1	1
Suturas tendinosas y nerviosas	3-2	2	2-1	1	1
Desbridamientos articulares	3-2	2	2-1	1	1
Valoración del paciente politraumático	3	3-2	2	2-1	1
Intervenciones quirúrgicas de fracturas sencillas	3-2	2	2	2	2
Tratamiento de heridas y fracturas abiertas complejas	3	3-2	2	2	2-1
Amputaciones de extremidades	3	3	3-2	2	2
Fracturas de pelvis y acetábulo	3	3	3	2	2

La supervisión durante el primer año de residencia debe ser necesariamente de presencia física, a cargo de un especialista o un residente mayor.