



**CONSORCI SANITARI  
DEL MARESME**

# **PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE MATARÓ.**



**Revisión 2019**

*Document aprovat per la Comissió de Docència del CSdM en data 27/03/2019*



## **PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.**

### **Hospital de Mataró.**

Este protocolo de supervisión, siguiendo las directrices del programa de formación de la especialidad, pretende establecer los niveles de responsabilidad y actuación, según la capacidad de autonomía y el año formativo de los médicos residentes en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

El programa de la especialidad incluye competencias tanto transversales, aquellas que se adquieren a lo largo de los cinco años, como específicas, que requieren el paso por unidades docentes concretas y el haber participado en un número mínimo de procedimientos relacionados con una patología específica.

También se incluye en el programa formativo la forma de evaluación de cada competencia.

Durante el primer año y medio de residencia se ha de adquirir una formación en especialidades médicas y quirúrgicas incluidas en el programa de rotaciones (Rehabilitación, Reumatología, UCI, Anestesia, Angiología y cirugía vascular) , así como se ha de realizar una rotación por COT que sirve de toma de contacto con la especialidad y permite adquirir los conocimientos básicos en urgencias de COT (reducción de fracturas, luxaciones, suturas, exploración física y conocimiento de patologías básicas) y conocimientos básicos en ortopedia.

Durante el periodo de formación específica en Cirugía Ortopédica y Traumatología (años segundo, tercero, cuarto y quinto) el médico residente debe adquirir una responsabilidad progresiva y directa, tutelada y compartida con el Traumatólogo responsable de cada rotación, sobre la atención especializada a los pacientes afectados de patología traumática (fracturas) y ortopédica del aparato locomotor.

Asimismo, se realizarán tanto primeras visitas como sucesivas, y se rotará por todas las subespecialidades del servicio. A lo largo de las rotaciones se adquiere la capacitación quirúrgica con supervisión de médicos adjuntos de referencia.

Deberá el residente colaborar también en el desarrollo de proyectos de investigación y conocer su metodología de trabajo.

De tal manera que la actividad asistencial del residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología se desarrolla a lo largo de los 5 años de formación:

- Rotaciones para adquirir competencias generales en diversas especialidades médicas y quirúrgicas (R1-R2)
- Rotaciones externas a la especialidad (R1-R5)
- Guardias de Traumatología de Urgencias (R1-R5)
- Aprendizaje quirúrgico en quirófano de patología quirúrgica simple-compleja del aparato locomotor (fracturas y patología ortopédica) (R1-R5)



-Atención en planta de Hospitalización de Cirugía ortopédica y Traumatología (R2-R5)

-Atención en Consultas Externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología (R2-R5)

### **NIVELES DE RESPONSABILIDAD:**

La formación del facultativo residente es gradual y por ello, el nivel de responsabilidad debe incrementarse progresivamente.

**Nivel 1:** Nivel de mayor responsabilidad. Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y posteriormente informa.

**Nivel 2:** Nivel medio de responsabilidad. Actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión directa del tutor o facultativo especialista responsable.

**Nivel 3:** Nivel de menor responsabilidad. Actividades realizadas por el médico adjunto. Están observadas y/o asistidas durante su ejecución por el residente, que no tiene responsabilidad y exclusivamente actúa como observador o asistente.

## **SUPERVISIÓN ESPECÍFICA:**

A continuación se detalla en qué forma será supervisando el residente en cada uno de estos escenarios y qué nivel de responsabilidad se espera de él.

### **RESIDENTE DE PRIMER AÑO:**

Los residentes de primer año rotan en el servicio de COT durante 4 meses, posteriormente el servicio de RHB durante dos meses, Reumatología un mes, UCI dos meses, Anestesia un mes y Cirugía vascular 3 meses (a caballo con su segundo año MIR).

En todas las rotaciones se hallan bajo la tutela y supervisión de adjuntos de esas unidades.

Aproximadamente al mes de iniciada la residencia y una vez realizado el Curso de Inmersión, se inician las guardias de 24 horas en el servicio de urgencias de Traumatología, con la supervisión de los Médicos adjuntos de Urgencias, Médico adjunto de planta y los residentes de años superiores. A lo largo del primer año el residente de COT está siempre de refuerzo (no ocupando directamente plaza asistencial)



Se pretende que al final del año conozcan el funcionamiento general del hospital y sean capaces de adquirir las destrezas necesarias para ver pacientes en Urgencias con un nivel de responsabilidad medio y una supervisión directa.

También deben de ser capaces al final del primer año de elaborar una historia clínica completa que incluya diagnóstico diferencial, saber qué pruebas complementarias son necesarias para llegar al diagnóstico, saber interpretarlas y con todo ello realizar un juicio diagnóstico.

En todas estas rotaciones, estará supervisado por un médico adjunto responsable de cada especialidad, contactado previamente con el Tutor de Residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología. El nivel de responsabilidad del Residente en cada rotación variará, lógicamente según las características de cada especialidad y de la complejidad de los procedimientos que le son propios.

La supervisión de los R1 será directa con presencia física del/de los diferentes profesionales especialistas de los Servicios por los que está rotando. Se requerirá una supervisión total.

Los especialistas supervisarán las actividades e informes que hagan los residentes.

La indicación y realización de pruebas diagnósticas por parte del residente, será guiada y supervisada por el adjunto especialista responsable, o bien por un residente avanzado de la especialidad (R3-R5), estando el adjunto responsable de presencia física en el hospital durante este periodo de rotación.

Los objetivos de las diversas rotaciones se detallan a continuación:

#### ROTACIÓN POR ANESTESIA/U.C.I.

- Balance de agua y electrolitos,
- P.V.C. Colocación e indicaciones de su medida.
- Indicación de la transfusión
- Colocación de catéteres para punción yugular y subclavia. Intubación oro-naso-traqueal.
- Colocación de vías centrales.
- Reanimación cardiorrespiratoria.
- Politraumatismo: prioridades del tratamiento.
- Intubación orofaríngea.
- Conocimiento de anestésicos generales y loco-regionales.
- Bloqueos periféricos.
- Valoración preoperatoria.
- Tratamiento del dolor postoperatorio.

#### ROTACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR

- Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trombo-embólica.
- Valoración de las lesiones vasculares agudas y crónicas.
- Vías de acceso a los troncos vasculares.
- Suturas vasculares.



- Injertos venosos.
- Principios generales de cirugía de amputación.
- Valoración y tratamiento del pie diabético.

#### ROTACIÓN POR REHABILITACIÓN.

- Exploración física básica articular.
- Balance articular y muscular.
- Conocimientos básicos de rehabilitación de la patología traumática. Conocimientos básicos de la rehabilitación de la patología ortopédica y artroplastias.
- Conocimientos básicos de rehabilitación de la patología neurológica que afecta al aparato locomotor.
- Prótesis de los diferentes niveles de amputación.
- Patología tributaria de tratamiento con ortesis. Base para la confección de los mismos.
- Técnicas en Fisioterapia (cinesiterapia, electroterapia, hidroterapia, electroestimulación)
- Tratamientos físicos de la patología dolorosa del aparato locomotor.

#### ROTACIÓN POR REUMATOLOGÍA

- Exploración sistemática del paciente con Patología osteoarticular.
- Conocimiento de los fármacos analgésicos y antiinflamatorios usuales en la especialidad y pautas de tratamiento según patología.
- Conocimiento de la Patología Reumática más prevalente.
- Conocimiento de las deformidades reumáticas del aparato locomotor que pueden ser tributarias de corrección quirúrgica.

De forma general, la supervisión en los principales actos médicos durante el primer año de residencia será:

##### Nivel 2-3 de responsabilidad (supervisión directa):

- Realización de historia clínica y exploración física.
- Interpretación de pruebas diagnósticas.
- Juicio diagnóstico.
- Manejo de esguinces, luxaciones articulares, lesiones musculotendinosas, manejo de heridas, manejo de fracturas, manejo de artritis aguda, ejecución de vendajes compresivos y yesos, inmovilización pertinente según articulaciones, drenaje de abscesos y punción articular

##### Nivel 3 (responsabilidad mínima):

- Realización de técnicas invasivas (UCI/ANESTESIA)
- Comunicación con paciente y familiares.
- Solicitud de exploraciones complementarias.
- Atención del paciente crítico/politraumatizado
- Prescripción de tratamientos hospitalarios.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes.
- Realización de informes de alta.
- Manejo de traumatismo medular/Pélvico



- Manejo de fracturas abiertas
- Activación de recursos sanitarios de emergencia
- Llevar el control y responsabilidad de la consulta o la guardia con el médico adjunto responsable

## **RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO:**

Durante el segundo año de residencia se acaba la formación en las distintas especialidades médicas y quirúrgicas "externas" y se inician las rotaciones dentro del servicio de Traumatología.

El objetivo en este segundo año será afianzar los conocimientos adquiridos en el primer año y adquirir nuevas competencias. De este modo, el residente de segundo año tendrá una responsabilidad que irá en aumento de manera progresiva y se le asignarán tareas de mayor complejidad según mejore su competencia profesional

Durante este periodo se fomentará la realización de cursos relacionados con el tratamiento de las fracturas y patología ortopédica básica, así como formación para fomentar las habilidades comunicativas.

La supervisión durante la atención en planta de Hospitalización, quirófano, consultas externas y urgencias de COT se realizará de forma directa por el adjunto responsable durante los tres primeros meses de su actividad siendo una supervisión total. El residente, por tanto, tendrá un nivel de responsabilidad 3.

El médico adjunto o bien un residente avanzado de la especialidad (R4-R5) deberá supervisar las actividades e informes que haga el residente, así como la indicación y realización de pruebas.

Posteriormente el R2 irá cogiendo un mayor grado de autonomía, pasando a tener una supervisión de grado medio y un nivel de responsabilidad 2 e incluso 1

Los objetivos de las rotaciones específicas del segundo año son:

### **ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE MANO Y EXTREMIDAD SUPERIOR**

- Conocimiento de la anatomía biomecánica de la mano, muñeca y antebrazo.
- Tratamiento conservador y quirúrgico de las patologías más frecuentes.
- Conocimiento de las patologías más frecuentes: Síndrome de tunel carpiano, neuropatía cubital, Tendinitis de Dequervain, Dedo en resorte, Ganglión, tumoraciones de partes blandas, artrosis peritrapezial, contractura de dupuytren, mano reumática.
- Conocimiento en fracturas y luxaciones del carpo, falange y metacarpianos.
- Conocimiento básico de la mano catastrófica.
- Lesiones tendinosas.
- Capacitación quirúrgica para la ejecución de cirugías simples: STC, neuropatía cubital, tendinitis de Dequervain.



- Primer ayudante el patología compleja.

### ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE PIE Y TOBILLO

- Conocimiento de la anatomía y biomecánica del pie y el tobillo
- Tratamiento conservador y quirúrgico de metatarsalgias y talalgias
- Tratamiento de Hallux valgus, quintus varus y deformidad de los dedos
- Indicaciones y técnicas quirúrgicas de las diferentes artrodesis del retro y mediopie.
- Conocimiento en artroplastia de tobillo e indicaciones
- Capacitación quirúrgica en cirugía de hallux valgus, dedo en garra y osteotomías metatarsianas
- Conocimiento en inestabilidad de tobillo
- Conocimiento de patología neuromuscular con afectación en pie y tobillo
- Conocimiento de la anatomía y biomecánica del pie y tobillo.
- Conocimiento de la urgencia traumatológica que afecte a pie y tobillo
- Planificación quirúrgica

La supervisión en los principales actos médicos durante el segundo año de residencia será:

#### Nivel 1 (responsabilidad máxima) (supervisión a demanda):

- Realización de historia clínica y exploración física.
- Solicitud e Interpretación de pruebas diagnósticas (RX)
- Juicio diagnóstico.
- Mantener relación médico-paciente-familia aportando la información adecuada del estado del paciente y sus posibilidades diagnóstico terapéuticas

#### Nivel 2 responsabilidad intermedia (supervisión directa):

- Realización de cirugías habituales /sencillas
- Saber activar los recursos sanitarios de emergencia
- Decidir sobre la necesidad de valoración por otro especialista
- Solicitud de exploraciones complementarias (TAC/RMN)
- Prescripción de tratamientos hospitalarios.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes (traumatismo pélvico, lumbar, extremidades, fracturas, esguinces, luxaciones, artritis aguda, manejo de heridas, lesiones musculotendinosas, drenaje de abscesos)
- Realización de inmovilizaciones, vendajes y yesos
- Realización de informes de alta.

#### Nivel 3 (responsabilidad mínima) (supervisión máxima):

- Atención del paciente politraumatizado y del trauma medular
- Atención al paciente crítico que precisa ingreso en UCI.
- Valoración de interconsultas de otras especialidades.
- Cirugías aparato locomotor de complejidad media



- Cirugías del aparato locomotor de alta complejidad o riesgo.

## **RESIDENTE DE TERCER AÑO**

Durante los siguientes tres años de residencia se continúa con la formación específica en Cirugía ortopédica y traumatología, con la adquisición de una responsabilidad creciente

El objetivo en este tercer año será afianzar los conocimientos adquiridos en el segundo año y adquirir nuevas competencias. De este modo, el residente de tercer año tendrá una responsabilidad que irá en aumento de manera progresiva y se le asignarán tareas de mayor complejidad según mejore su competencia profesional

Durante este periodo se fomentará la realización de cursos relacionados con el tratamiento de las fracturas y patología ortopédica avanzada, así como formación para fomentar las habilidades comunicativas. Se fomentará la participación en congresos científicos y publicación de trabajos en revistas indexadas.

Los objetivos específicos de las rotaciones del tercer año son:

### **ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA**

- Conocer las indicaciones quirúrgicas de las principales patologías tributarias de tratamiento artroscópico así como las técnicas más comunes.
- Conocer la anatomía artroscópica de las articulaciones. Portales artroscópicos más frecuentes de rodilla, hombro, cadera, tobillo, codo y muñeca.
- Realización de artroscopia exploradora de rodilla y hombro.
- Capacidad para la realización de una cirugía de menissectomía artroscópica bajo supervisión.
- Conocimiento y realización de pasos quirúrgicos de cirugía de reconstrucción de LCA y acromioplastia artroscópica.
- Participar como primer ayudante en cirugía compleja de rodilla, hombro y cadera por vía artroscópica.
- Conocimiento básico de artroscopia de muñeca, tobillo y codo.

### **ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE RAQUIS**

- Conocimiento de la anatomía y biomecánica de la columna cervical, dorsal y lumbar.
- Tratamiento ortopédico y quirúrgico de las patologías más frecuentes
- Conocimiento de las patologías más frecuentes: Canal estrecho, hernia discal, síndrome facetario.
- Conocimiento en fracturas toracolumbares (Tratamiento conservador y quirúrgico).





- Capacitación quirúrgica en cirugías simples (hérnia discal) e intervencionismo (infiltraciones facetarias, rizólisis, vertebroplastia).
- Primer ayudante en patología de alta complejidad: Artrodesis, cirugía reconstructiva de columna vertebral.
- Durante el tercer año de residencia se realiza una segunda rotación por patología de mano, incidiendo en la patología traumática y reconstructiva de alta complejidad, ya que se considera que hasta finales del tercer año de residencia, el residente no ha adquirido la suficiente habilidad quirúrgica para practicar cirugías de mediana complejidad, así como tampoco los conocimientos suficientes para entender dicha patología

La supervisión en los principales actos médicos durante el tercer año de residencia será:

Nivel 1 de responsabilidad (supervisión a demanda):

- Realización de historia clínica y exploración física.
- Solicitud e Interpretación de pruebas diagnósticas (RX)
- Juicio diagnóstico.
- Mantener relación médico-paciente-familia aportando la información adecuada del estado del paciente y sus posibilidades diagnóstico terapéuticas
- Decidir sobre la necesidad de valoración por otro especialista
- Solicitud de exploraciones complementarias (TAC/RMN)

Nivel 2 (supervisión directa):

- Realización de cirugías habituales /sencillas
- Saber activar los recursos sanitarios de emergencia
- Prescripción de tratamientos hospitalarios.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes (traumatismo pélvico, lumbar, extremidades, fracturas, esguinces, luxaciones, artritis aguda, manejo de heridas, lesiones musculotendinosas, drenaje de abscesos)
- Realización de inmovilizaciones, vendajes y yesos
- Realización de informes de alta.
- Valoración de interconsultas de otras especialidades.

Nivel 3 (responsabilidad mínima) – (supervisión máxima):

- Atención del paciente politraumatizado y del trauma medular
- Atención al paciente crítico que precisa ingreso en UCI.
- Cirugías aparato locomotor de complejidad media
- Cirugías del aparato locomotor de alta complejidad o riesgo

## **RESIDENTE CUARTO AÑO:**

Consolidar todo el aprendizaje del año anterior y adquirir de forma progresiva mayor autonomía en el manejo de los pacientes traumáticos/ortopédicos tanto en el ámbito de hospitalización, consultas externas como también en el bloque quirúrgico.



Así el residente de cuarto año debe progresar en la práctica asistencial de carácter urgente, asumiendo un nivel de responsabilidad creciente.

El número de actividades que precisan tutela directa se reducen drásticamente. Podrá realizar asimismo actividades de coordinación de residentes de primer y segundo año

Durante este periodo se fomentará la realización de cursos relacionados con el tratamiento de las fracturas y patología ortopédica avanzada, así como formación para fomentar las habilidades comunicativas. Se fomentará la participación en congresos científicos y publicación de trabajos en revistas indexadas.

Se continúa con la formación específica:

#### ROTACIÓN POR ORTOPEDIA INFANTIL:

Esta rotación es externa y se realiza en el Hospital Sant Joan de Déu, centro de referencia a nivel estatal en traumatología y ortopedia infantil

- Conocimiento de la patología traumática básica y tratamiento de urgencias infantiles del aparato locomotor (reducción y tratamiento de las fracturas de diferentes localizaciones, conocimiento y practica de técnicas quirúrgicas, osteomielitis, artritis sépticas)
- Capacitación quirúrgica con supervisión en patología básica
- Primer ayudante en patología compleja
- Conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la patología ortopédica más frecuente (parálisis braquiales obstétricas, focomelias, amelias, dedo en resorte congénito, escoliosis y patología del raquis infantil, displasia congenita de cadera, enfermedad de Perthes, artritis séptica de cadera, osteocondritis, pie zambo, pie cavo varo, pie plano, pie espástico

#### ROTACIÓN POR UNIDAD DE TRAUMÁTICOS

- Conocimiento y clasificación de las fracturas más frecuentes
- Conocimiento de los abordajes quirúrgicos necesarios según la localización anatómica
- Capacitación quirúrgica para realización de cirugías de complejidad media-alta.
  - osteosíntesis de clavícula, osteosíntesis de hombro y hemiprótisis.
  - osteosíntesis en fracturas de húmero diafisarias y fracturas de cabeza de radio y antebrazo
  - osteosíntesis en fracturas de muñeca, metacarpianos y falanges prótesis de hombro.
  - osteosíntesis en fracturas de cadera, prótesis total y parcial de cadera
  - osteosíntesis en fracturas periprotésicas de cadera y rodilla de baja complejidad.
  - osteosíntesis en fracturas de tibia proximal y fémur distal con clavos y placas.
  - osteosíntesis en fracturas bimaleolares y pilón tibial simple.
  - osteosíntesis del enclavado endomedular de cualquier localización.
  - Primer ayudante/cirujano de cirugías complejas (fracturas supracondíleas de codo, fracturas luxación del carpo, fracturas de pelvis, fracturas



complejas de tibia proximal y fémur distal, fracturas complejas de pilón tibial, fracturas complejas de calcáneo, medio y antepie.

- Conocer las consecuencias de un tratamiento incorrecto.
- Conocer las complicaciones asociadas a las diversas técnicas quirúrgicas.

La supervisión en los principales actos médicos durante el cuarto año de residencia será:

Nivel 1 de responsabilidad (supervisión a demanda):

- Realización de historia clínica y exploración física.
- Solicitud e Interpretación de pruebas diagnósticas (RX, RNM, TAC)
- Juicio diagnóstico.
- Mantener relación médico-paciente-familia aportando la información adecuada del estado del paciente y sus posibilidades diagnóstico terapéuticas
- Decidir sobre la necesidad de valoración por otro especialista
- Solicitud de exploraciones complementarias (TAC/RMN)
- Realización de cirugías habituales /sencillas
- Saber activar los recursos sanitarios de emergencia
- Prescripción de tratamientos hospitalarios.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes (traumatismo pélvico, lumbar, extremidades, fracturas, esguinces, luxaciones, artritis aguda, manejo de heridas, lesiones musculotendinosas, drenaje de abscesos).
- Realización de inmovilizaciones, vendajes y yesos.
- Realización de informes de alta.
- Valoración de interconsultas de otras especialidades.

Nivel 2 (supervisión directa):

- Atención del paciente politraumatizado y del trauma medular.
- Atención al paciente crítico que precisa ingreso en UCI.
- Cirugías aparato locomotor de complejidad media.

Nivel 3 (responsabilidad mínima) – supervisión máxima:

- Cirugías del aparato locomotor de alta complejidad o riesgo.

## **RESIDENTE DE QUINTO AÑO:**

Consolidar todo el aprendizaje del año anterior y adquirir de forma progresiva mayor autonomía en el manejo de los pacientes traumáticos/ortopédicos tanto en el ámbito de hospitalización, consultas externas como también en el bloque quirúrgico.

Así el residente de quinto año debe progresar en la práctica asistencial de carácter urgente, asumiendo un nivel de responsabilidad creciente.

El número de actividades que precisan tutela directa se reducen drásticamente. Podrá realizar asimismo actividades de coordinación de residentes de primer y segundo año



Durante el último año el residente se centrará en consolidar todos los conocimientos aprendidos durante todos los años de formación, para ser capaz de desarrollar una actividad asistencial de forma autónoma completa (consultas externas a su nombre, con supervisión a demanda).

Durante los últimos 3 a 6 meses de residencia se realizarán guardias en calidad de adjunto de planta responsable, siempre con un adjunto de mayor rango localizado por si existe necesidad.

En este periodo se incidirá en que el residente pueda completar su formación en aquellas áreas en las que considere que ha sido insuficiente, y en aquellos temas en los que demuestre un interés especial.

Al finalizar la residencia debe haber adquirido las competencias propias de la especialidad, y un método de trabajo investigador y de estudio que le permita progresar en su futuro profesional.

Durante este periodo se fomentará la realización de cursos relacionados con el tratamiento de las fracturas y patología ortopédica avanzada, así como formación para fomentar las habilidades comunicativas. Se fomentará la participación en congresos científicos y publicación de trabajos en revistas indexadas.

Se concluye la formación específica:

#### ROTACIÓN POR UNIDAD DE ARTROPLASTIAS Y PATOLOGÍA SÉPTICA DEL APARATO LOCOMOTOR

- Conocimiento de la patología básica, características radiológicas y tratamiento conservador y quirúrgico de la artrosis de rodilla y cadera
- Conocimiento de la patología séptica básica del aparato locomotor y el aflojamiento protésico aséptico/séptico
- Capacitación quirúrgica para la realización de cirugías de complejidad media-alta:
- Conocimiento de los abordajes básicos.
- prótesis primarias de cadera y rodilla.
- Cirugía de recambio de rodilla y cadera de complejidad baja.
- Desbridamiento protésico y recambio de componentes modulares.
- Cirugía de desbridamiento abierto /artroscópico de artritis e infecciones osteoarticulares.
- Primer ayudante en cirugías complejas (recambios protésicos complejos, Patología séptica compleja, prótesis primarias en grandes deformidades o paciente complejo.
- Control del paciente postoperado.
- Conocimiento y tratamiento de las complicaciones.
- Antibioterapia básica.

#### ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE PATOLOGÍA TUMORAL DEL APARATO LOCOMOTOR

Esta rotación se realiza en el centro de referencia localizado en el Hospital de Sant Pau en Barcelona



- Conocimiento de la patología básica tumoral del aparato locomotor.
- Diagnóstico diferencial (patología benigna -maligna).
- Nociones básicas de diagnóstico por la imagen en patología tumoral.
- Tratamiento quirúrgico de la patología tumoral del aparato locomotor.
- Tratamiento multidisciplinar de la patología tumoral del aparato locomotor.
- Primer ayudante en cirugías de baja, mediana y alta complejidad.

La supervisión en los principales actos médicos durante el quinto año de residencia será:

Nivel 1 de responsabilidad (supervisión a demanda):

- Realización de historia clínica y exploración física.
- Solicitud e Interpretación de pruebas diagnósticas (RX, RNM, TAC)
- Juicio diagnóstico.
- Mantener relación médico-paciente-familia aportando la información adecuada del estado del paciente y sus posibilidades diagnóstico terapéuticas
- Decidir sobre la necesidad de valoración por otro especialista
- Solicitud de exploraciones complementarias (TAC/RMN)
- Realización de cirugías habituales /sencillas
- Saber activar los recursos sanitarios de emergencia
- Prescripción de tratamientos hospitalarios.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes (traumatismo pélvico, lumbar, extremidades, fracturas, esguinces, luxaciones, artritis aguda, manejo de heridas, lesiones musculotendinosas, drenaje de abscesos)
- Realización de inmovilizaciones, vendajes y yesos
- Realización de informes de alta.
- Valoración de interconsultas de otras especialidades.
- Atención del paciente politraumatizado y del trauma medular
- Atención al paciente crítico que precisa ingreso en UCI.
- Cirugías aparato locomotor de complejidad media

Nivel 2 (supervisión directa):

- Cirugías del aparato locomotor de alta complejidad o riesgo

## **SUPERVISION POR ÁREAS ESPECÍFICAS:**

### **GUARDIA DE COT:**

**RESIDENTE PRIMER AÑO:** Residente SIEMPRE supervisado físicamente. No puede firmar documentos

**RESIDENTE SEGUNDO-TERCER AÑO:** Su responsabilidad irá aumentando conforme mejore su competencia



**RESIDENTE DE CUARTO-QUINTO AÑO:** Debe progresar en la asistencia de carácter urgente, perfeccionando las habilidades adquiridas en años previos. Pocas actividades bajo supervisión. Puede coordinar a residentes de menor rango. En su último año (últimos 6 meses), eventualmente y según su capacitación, puede realizar guardias de adjunto responsable, siempre con un adjunto de mayor rango localizado en caso de necesidad.

### **CONSULTAS EXTERNAS DE COT**

**RESIDENTE PRIMER-SEGUNDO AÑO:** Observador en consultas externas siempre acompañado de los adjuntos de las unidades por las que se encuentren rotando. Siempre bajo supervisión

**RESIDENTE DE TERCER-CUARTO-QUINTO AÑO:** Se realizarán labores de consulta externa para primeras visitas, visitas sucesivas y control de pacientes postquirúrgicos (aquellos pacientes en que los residentes hayan actuado como primer cirujano).

En caso de duda o complicación se comentará el caso con el cirujano responsable de la intervención, adjunto de urgencias responsable, o adjunto de la consulta contigua, que serán los responsables y supervisores

### **AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE COT**

**RESIDENTE PRIMER-SEGUNDO AÑO:** Pase de visita siempre acompañado de un adjunto de la unidad en la que está rotando. Deberá aprender el manejo de los pacientes ingresados, aprender a realizar peticiones e interpretación de pruebas complementarias, interconsultas, curas...

**RESIDENTE DE TERCER-CUARTO-QUINTO AÑO:** Pase de visita individual pero SIEMPRE informando al adjunto responsable. Seguimiento especial de pacientes en los que ha realizado la tarea de primer cirujano o en los que haya realizado tareas de ayudante quirúrgico. Toma de decisiones de acuerdo con los adjuntos del equipo en que se está rotando pero con autonomía creciente según el año de residencia.

### **AREA QUIRÚRGICA DE COT**

El residente asistirá supervisado por los miembros de la unidad responsable de la intervención. Aprenderá y progresivamente practicará las técnicas quirúrgicas propias de cada unidad.

Se fomentará la planificación quirúrgica el día antes de la intervención. Si se considera con suficiente preparación, el médico responsable le permitirá participar como primer ayudante o incluso primer cirujano, equilibrando el aprendizaje del residente y la seguridad del paciente.

De este modo, la actividad quirúrgica realizada por el residente será siempre supervisada pero con el concepto de responsabilidad progresiva. Ésta se



**CONSORCI SANITARI  
DEL MARESME**

desarrollará de acuerdo con las posibilidades del residente según su año de formación y capacidad/habilidad quirúrgica.