

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE RESIDENTES

UNIDAD DOCENTE DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL HURYC

SEDES

**HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL
Y
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO**

Enero, 2023

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS.....	4
ALCANCE	4
NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN	4
SUPERVISION EN CADA UNO DE LOS AMBITOS ASISTENCIALES.....	6

INTRODUCCIÓN

Este protocolo, que completa y complementa la **GUÍA FORMATIVA DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL en la Unidad Docente del HURYC (con sede en este hospital y en el Hospital Universitario Puerta de Hierro)**, expone las tareas, responsabilidades y obligaciones de los residentes y las responsabilidades y obligaciones de los colaboradores docentes y tutores en la supervisión para que, durante su formación, los residentes adquieran los principales conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado especializado de los pacientes de CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.

El médico Interno y Residente tiene como objetivo principal adquirir una formación adecuada para el posterior ejercicio profesional de la Cirugía Oral y Maxilofacial. Debe tenerse en cuenta que tiene una labor asistencial contemplada en el contrato de formación que establece con el Servicio Madrileño de Salud. Sin ser la actividad asistencial su objetivo principal, debe entenderse como inherente a su condición e imprescindible para obtener una formación adecuada. Además deben considerarse como objetivos la formación en docencia e investigación.

El sistema MIR de formación de especialistas es un método de enseñanza basado en el tutelaje decreciente y la responsabilidad creciente. Es responsabilidad de los tutores de residentes y de todos los miembros del Servicio el involucrarse en este proceso de formación, supervisando progresivamente la toma de decisiones del residente, que es el elemento fundamental en el aprendizaje de la Cirugía Oral y Maxilofacial y en la maduración del futuro especialista.

Aunque la responsabilidad última de que los residentes reciban una formación de calidad es del Jefe de Servicio y de los Tutores de Residentes, el peso de la docencia en el día a día deben de llevarlo todos los especialistas del servicio. Los Hospitales Universitarios Ramón y Cajal y Puerta de Hierro son hospitales docentes y el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial es una unidad docente, de manera que pertenecer a su plantilla supone de hecho la aceptación de una labor docente. Ningún miembro del Servicio puede excluirse de esta función.

Las funciones del adjunto docente son muchas, pero de manera general se centran en supervisar la actividad del residente, enseñar los conocimientos teóricos y prácticos necesarios en el día a día y formar al nuevo especialista basándose en la asunción progresiva de responsabilidades por su parte.

Este protocolo se ajusta a las normas de la Comisión de Docencia de Formación Sanitaria Especializada del HURYC y se asienta legislativamente en la normativa al respecto, recogida en los siguientes documentos:

- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- ORDEN SCO/2753/2007, de 4 de Septiembre de 2007, publicada en el BOE nº 230 de martes 25 de Septiembre de 2007, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial actualmente vigente.

- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 183/2008 (B.O.E. de 21 de febrero de 2008), 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, de donde se extraen los capítulos del deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. Especialmente recogido en: Capítulo V: Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. Artículo 14. El deber general de supervisión. Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.

OBJETIVOS

El objetivo principal es protocolizar la supervisión de los residentes de la Unidad Docente de Cirugía Oral y Maxilofacial de los Hospitales Universitarios Ramón y Cajal y Puerta de Hierro garantizando la calidad de la misma. Por otro lado, se busca garantizar una asistencia segura y de calidad a todos los pacientes, respetando las normas éticas y legales de la atención sanitaria. Por último, busca establecer las bases sobre las que sustentar el nivel de supervisión decreciente de las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral de manera que les permita adquirir un nivel de responsabilidad creciente en función de su adquisición progresiva de competencias profesionales.

ALCANCE

Este protocolo afecta a todos los residentes durante su rotación o estancia en la Unidad Docente de Cirugía Oral y Maxilofacial de los Hospitales Universitarios Ramón y Cajal y Puerta de Hierro. Incluye tanto a aquellos que han obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Hospital como a aquéllos que se encuentran realizando una rotación oficial, debidamente autorizada, en cualquiera de las Unidades del servicio.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN

El sistema de formación será siempre tutorizado, basado en el autoaprendizaje.

En la ORDEN SCO/2753/2007 de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, se establece que los objetivos específicos de la formación se deben definir fundamentalmente en **3 áreas de conocimiento** :

- **Formación teórica**
- **Formación práctica**
- **Actitudes**

Además los objetivos para la formación del especialista básico se han ordenado en **tres niveles**:

- **Nivel A:** Aquellos para los que los residentes deben tener capacidad de manera autónoma e independiente.

- **Nivel B:** Aquellos en los que el residente debe poseer un buen conocimiento y alguna experiencia personal participativa.
- **Nivel C:** Aquellos sobre los que los residentes deben tener conocimiento teórico o como observador.

Los **conocimientos teóricos y las habilidades** son específicos y se adquirirán de forma secuencial en cada una de las rotaciones como se detalla en la Guía Formativa de la Especialidad.

Las **actitudes** se adquirirán de forma transversal a lo largo de todo el periodo de residencia y son comunes a todas las rotaciones. Pueden ser de dos tipos:

-Actitudes genéricas

-Actitudes profesionales y científicas:

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 encuentran - y con la naturaleza y dificultad de cada actividad a realizar. Estos dos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan para llevarla a cabo. Se establecen, en línea con lo recomendado en el hospital, tres niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Los conocimientos teóricos y las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa, aunque siempre tendrán a su disposición la posibilidad de dicha tutorización. Por lo tanto, el residente puede ejecutar de forma autónoma informando al profesional responsable.

Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Comprende actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del profesional responsable.

Nivel 3. Responsabilidad mínima / Supervisión de presencia física. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. El residente observa y asiste la actuación del profesional responsable.

El residente debe conocer en todo momento quién es y cómo localizar a la persona responsable de su supervisión, solicitando la supervisión necesaria acorde a su nivel de formación y a las actividades que va a llevar a cabo.

La labor de supervisión será llevada a cabo por los distintos tutores y colaboradores docentes de las unidades del servicio donde rotan. La distribución semanal del trabajo, con revisión diaria de la carga asistencial y el personal de plantilla presente por parte del Jefe de Servicio permite garantizar la supervisión de los residentes por los profesionales de plantilla y el conocimiento de los facultativos especialistas de la identidad de los residentes bajo su tutela durante la jornada.

La divulgación del presente documento a través de la intranet, la aceptación por parte de los profesionales de plantilla y la distribución a través de las vías de comunicación habitual del

servicio tras la aprobación de la Comisión de Docencia garantizan que todos los profesionales de la plantilla conozcan dicho protocolo, así como sus responsabilidades y obligaciones con respecto a la supervisión de los residentes.

El residente conocerá el presente documento desde la primera reunión con el tutor en el periodo formativo y será informado de las actualizaciones que se lleven del documento. Así mismo, el residente solicitará supervisión y/o ayuda al tutor o al colaborador docente siempre que lo considere necesario (ante manejo de pacientes difíciles, empeoramiento clínico, situaciones sociales y legales complicadas de manejar, llegar al límite de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas, procedimientos quirúrgicos, etc.).

En cualquier caso, el especialista responsable del paciente deberá mantenerse informado de la situación de los pacientes que tenga a su cargo, independientemente de que el residente asuma, en función de su etapa formativa, autonomía en su práctica diaria, supervisando la actividad de todos los residentes bajo su tutela según los términos recogidos en este protocolo y de acuerdo con la legislación vigente. El facultativo especialista será el responsable último de los informes de atención y documentos de los pacientes (informes de alta e informes de seguimiento).

Los niveles de autonomía y responsabilidad podrán ser matizados por el tutor, en función de la madurez formativa del residente y la complejidad de la actividad a desarrollar y el nivel de supervisión requerido en cada momento. En todo caso, el residente tiene derecho a conocer a los profesionales a los que podrá recurrir y consultar cuando lo considere necesario.

SUPERVISION EN CADA UNO DE LOS AMBITOS ASISTENCIALES

1. SUPERVISIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS

Los residentes asistirán a las consultas externas en las que siempre habrá presente un médico de staff responsable de la misma. Las tareas del residente incluyen la realización de la historia clínica, la exploración física, la orientación diagnóstica y la petición de las pruebas complementarias pertinentes. También se incluyen las consultas a otros especialistas si se consideran pertinentes y la valoración de los resultados de las pruebas solicitadas.

Por la especial naturaleza de la especialidad en las consultas externas también se realizan numerosas técnicas y procedimientos quirúrgicos diagnósticos y terapéuticos bajo anestesia local. Son un magnífico campo de entrenamiento y adiestramiento quirúrgico para los residentes que los realizarán según su nivel de madurez y siempre bajo la supervisión directa del médico de staff responsable.

2. SUPERVISIÓN EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Todos los días a primera hora de la mañana todos los residentes pasarán planta para revisar el estado de los pacientes ingresados y bajo la responsabilidad de los R-5 se realizarán las curas y modificaciones de tratamiento que consideren oportunas. Establecerán contacto con los médicos de Medicina Interna responsables de la asistencia compartida para proponer las medidas de tratamiento médico necesarias.

Posteriormente, a las 10 h. aproximadamente, se realizará un pase de planta conjunta con los médicos de staff procurando que haya, siempre que sea posible, al menos un representante de cada Sección de las que componen el Servicio. En ese pase se confirmarán o corregirán las propuestas surgidas en el pase de planta de los residentes y se tomarán las decisiones referentes a altas, traslado a UCI, indicaciones de tratamiento quirúrgico u otras que sean necesarias.

3. SUPERVISIÓN EN QUIRÓFANO

En las intervenciones programadas que se realizan siempre habrá al menos un médico de staff responsable del quirófano. Los residentes actuarán como cirujano principal, primer o segundo ayudante de acuerdo con la planificación semanal realizada previamente por el servicio según su nivel de madurez y según la complejidad de la intervención que se lleve a cabo y ateniéndose en la medida de lo posible al cronograma especificado en la Guía de Formación en lo referente a las diversas técnicas y número de las mismas a realizar en cada una de sus diferentes rotaciones. La supervisión se realizará por el o los médicos de staff responsable de quirófano.

4. SUPERVISION EN LAS GUARDIAS DE URGENCIAS

Será de aplicación lo estipulado en el protocolo específico de supervisión para guardias de la especialidad actualmente en vigor.

5. SUPERVISIÓN EN UNIDADES DE ROTACIÓN EN OTROS SERVICIOS O EXTERNAS EN OTROS CENTROS

Durante las rotaciones realizadas en otros servicios del Hospital o externas en otros centros, la supervisión seguirá los protocolos vigentes en dichos servicios o centros.

PROCEDIMIENTOS DE SUPERVISION Y DOCENCIA EN LAS GUARDIAS SERVICIO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

PREAMBULO-ANTECEDENTES LEGALES

El capítulo V del Real Decreto 183/2008 se ocupa del deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. El artículo 15 apartado 3 y 5 prevé:

- La supervisión de presencia física para los residentes de primer año
- Elaboración por parte de la **Comisión de Docencia** de los Hospitales de protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al área de urgencias.

Siguiendo estas directrices, se elabora este documento con las normas y procedimientos que garantizan la supervisión y la docencia durante las guardias en las que intervienen residentes. Las siguientes cuestiones deben ser concretadas:

1. Descripción de la estructura, áreas y funciones de la guardia
2. Descripción de las tareas y responsabilidades de los residentes
3. Descripción de las responsabilidades y tareas del adjunto
4. Descripción de las patologías, técnicas y procedimientos que deberán ser realizadas o supervisadas directamente por el adjunto
5. Descripción de las situaciones, patologías, técnicas o procedimientos por las que deberá ponerse en contacto el residente con el adjunto localizado
6. Descripción de los procedimientos que garantizan una adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente de guardia
7. Descripción de los procedimientos que garanticen un contenido docente derivado de la actividad de las guardias
8. Aspectos organizativos y administrativos

1. Estructura y funciones

El equipo de guardia de Cirugía Oral y Maxilofacial (COM) está formado por un residente del servicio de segundo, tercero, cuarto o quinto año (R2, R3, R4 o R5), de presencia física y por un médico de plantilla (MP) del servicio

localizado. Algunos días del mes (normalmente entre tres y cuatro) sólo está formado por un especialista del servicio contratado para atención continuada que se encuentra de presencia física.

El médico de guardia de presencia física se encuentra permanentemente localizable mediante el **busca 316** o mediante el **teléfono 50 879**. El médico de guardia localizado se encuentra **localizable telefónicamente** por el médico residente (MR) que se encuentra de presencia física.

Las **funciones** del equipo de guardia de COMF son las siguientes:

- Atención continuada de los pacientes hospitalizados a cargo del servicio fuera del horario laboral normal
- Atención continuada de los pacientes en el área de observación pendientes de ingreso en COMF (las 24 horas)
- Recepción y resolución de incidencias de última hora relativos a analítica, consentimiento informado, preanestesia, pruebas cruzadas, etc. de los pacientes que ingresan entre las 18 y las 20 horas para ser intervenidos la mañana siguiente.
- Atención de interconsultas urgentes solicitadas fuera del horario laboral normal
- Atención de todas las interconsultas solicitadas desde Urgencias (las 24 horas).
- Valoración y tratamiento médico o quirúrgico de la patología COMF urgente ya sea en el área de urgencias o cualquiera otra del hospital para el que sea requerido.

2. Descripción de tareas y funciones del residente

Puesto que es el médico de guardia que se encuentra de presencia física, corresponde al MR la primera valoración de todas las consultas e interconsultas urgentes solicitadas. A efectos prácticos y dentro del ámbito de la urgencia/atención continuada, el MR llevará a cabo las siguientes tareas:

- Completará la historia clínica y la exploración física de todas las consultas atendidas
- Solicitará las pruebas elementales (analíticas, cultivos, pruebas radiológicas) que considere indicadas para valorar a los pacientes.
- Redactará el informe de interconsulta
- Considerará junto con el MP qué pacientes de los recibidos en la urgencia son subsidiarios de tratamiento quirúrgico urgente y qué pacientes son dados de alta o quedan ingresados para su tratamiento diferido
- Asumirá el tratamiento de los casos que requieran tratamiento médico y que no precisen consulta con MP
- Asumirá el tratamiento de todos los casos de cirugía menor que puedan ser resueltos bajo anestesia local (pequeñas heridas del área COMF, algunas fracturas nasales, drenaje de abscesos, etc.) que no requieran la presencia del MP

- Preparará los casos que precisen anestesia general urgente (analítica, consentimiento, preanestesia) para su intervención
- Intervendrá como ayudante o primer cirujano, según su nivel formativo, en los casos urgentes que precisen anestesia general en presencia de un MP
- Redactará la nota de ingreso y los comentarios de evolución
- Redactará la hoja de tratamiento
- Supervisará la evolución y cura de los pacientes operados o a cargo de COMF los días no laborables, salvo casos puntuales que serán valorados directamente por el MP.
- Dará información rutinaria a pacientes o familiares en situaciones no comprometidas (asegurando siempre la confidencialidad).
- Facilitará información permanente de su actividad durante la guardia al MP
- Realizará el comentario-resumen (“pase de guardia”) de las incidencias de la guardia en presencia del equipo de guardia entrante a primera hora de la mañana.

3. Descripción de las funciones y tareas del médico de plantilla

Corresponde al MP la responsabilidad de la guardia, pero al encontrarse localizado delegará de forma inevitable en el MR que se encuentra de presencia física. Puesto que se trata de MRs a partir del segundo año de residencia, que ya han realizado guardias en la puerta durante un año y rotado por el Servicio de COMF durante seis meses, se considera que tienen la suficiente formación y entrenamiento clínico para que no sea preciso supervisar directa y personalmente todas sus actividad, pero sí conocer cada una de sus actuaciones y decisiones.

El MP localizado estará permanentemente disponible para atender las llamadas del MR de presencia física. Atenderá sus consultas telefónicamente y **se personará físicamente en el hospital siempre que el MR lo requiera** atendiendo a la complejidad del proceso, al grado de madurez del MR o la naturaleza conflictiva de la situación.

4. Descripción de las patologías, técnicas y procedimientos que deberán ser realizadas o supervisadas directamente por el adjunto

El MP supervisará, atenderá o realizará **personalmente** las siguientes actuaciones o situaciones:

- Intervenciones que se realicen bajo anestesia general
- Intervenciones bajo anestesia local de mayor complejidad
- Información a pacientes o familiares en casos de gravedad o conflicto
- Intervención de pacientes inestables o de mal pronóstico

5. Descripción de las situaciones, patologías, técnicas o procedimientos por las que deberá ponerse en contacto el residente con el adjunto localizado

El MR comunicará siempre al MP localizado las siguientes situaciones o incidencias:

- Ingresos a cargo del servicio
- Decisiones de traslado de pacientes entre servicios
- Interconsultas de pacientes especialmente complejos
- Solicitud de exploraciones complementarias complejas o costosas (RM, TAC,...)
- Éxitos

6. Descripción de los procedimientos que garantizan una adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente de guardia

Durante la guardia, el procedimiento de actuación habitual consistirá en una primera valoración de los casos por parte del residente. En los casos de menor complejidad, el residente, según su nivel formativo, procederá a realizar la intervención correspondiente o tomará la decisión que considere oportuna, haciendo partícipe de estas actuaciones a los MP durante el cambio de guardia.

En casos de mayor complejidad, o ante cualquier duda, el residente tiene en todo momento a su disposición por vía telefónica al MP para comentar la situación, plantear la solución idónea y, si es necesario, proceder a la intervención en presencia del MP.

En resumen, salvo para cirugía menor y curas de casos vistos en la urgencia, el resto de decisiones son consultadas con el MP en un tiempo razonable y proporcional a la gravedad y complejidad de cada caso.

Toda intervención urgente que precise anestesia general exige la presencia física del MP ya sea en calidad de cirujano principal o primer ayudante del residente.

Para garantizar el contacto entre el MR y el MP localizado **se realizará una llamada telefónica al menos en el transcurso de la guardia** independientemente de otras que sean necesarias por motivos de consulta de incidencias de pacientes.

El proceso de supervisión se completa durante las fases de hospitalización y curas postoperatorias de los pacientes intervenidos, que pasan a ser responsabilidad de alguno de los MP y que permiten a los residentes sacar

conclusiones sobre indicaciones y técnicas quirúrgicas en función de la evolución de los casos.

El residente procurará dejará comentarios escritos sobre todos los pacientes por los que reciba interconsultas.

El “pase de guardia” constituye, en sí mismo, un mecanismo que garantiza el conocimiento, no sólo por el médico de guardia sino por el resto del servicio, de las actuaciones del residente. Consiste en comentar de forma resumida, en 10-15 minutos las decisiones sobre los casos atendidos.

7. Descripción de los procedimientos que garantizan un contenido docente derivado de la actividad de las guardias

Es misión del MP dotar de contenido docente a la guardia de COMF. Por ello, comentará con el residente los diagnósticos diferenciales, orientación y toma de decisiones de los problemas planteados. La falta de coincidencia física de residente y MP en la misma guardia (salvo intervenciones bajo anestesia general) se supera, a estos efectos, mediante comunicación telefónica y revisión conjunta de la evolución de los casos en los que haya intervenido el residente.

El “pase de guardia” es también un elemento docente ya que el residente debe ser capaz de comentar con precisión y concreción los casos atendidos, así como argumentar las decisiones adoptadas.

Finalmente, los casos de mayor interés atendidos en la guardia son posteriormente presentados en sesiones clínicas.

8. Aspectos organizativos y administrativos

- Si un residente no pudiera realizar una guardia que le ha sido asignada por enfermedad o causa mayor se sorteará la misma entre el resto de los residentes, excluyendo a los residentes con guardia el día anterior y el posterior.
- Se creará un **libro de guardia** en el que se anotarán los nombres, ubicación, hora y motivo de consulta de los pacientes atendidos y en el que constará la firma del médico que realiza la actuación.
- El residente podrá explicar y obtener del paciente los consentimientos informados que correspondan o el documento de alta voluntaria.

- El “**pase de la guardia**” se realizará en presencia de ambos equipos de guardia (saliente y entrante).