

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Comisión de Docencia · Formación Sanitaria Especializada

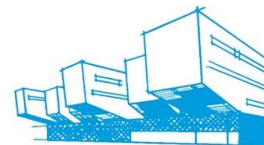
PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD

Médicos Internos Residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Versión 3.0 · Actualización Mayo 2026

Supervisado por	Autoras
Francisco de Borja Hernández Moreno Presidente de la Comisión de Docencia Jefe de Estudios (JdE) FSE — HUGV	Dr. Javier Cuarental García. Tutor de Residentes de COT Dra. Natalia Ruiz Micó Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

V.	Fecha	Modificación	Resp.
1.0	2022	Versión inicial del protocolo	JdE/Tutora
2.0	Mayo 2025	Actualización 2025	JdE/Tutora
3.0	Mayo 2026	Revisión 2026 (Plan de Mejora FSE). Actualización de formato institucional y normativa.	JdE/Tutor



ÍNDICE

1. Introducción

2. Normativa aplicable

3. Principios generales de la supervisión

4. Objetivos docentes de la actividad asistencial

4.1 Definición de los niveles de supervisión

4.2 Asistencia a pacientes ingresados — hospitalización

4.3 Asistencia en consulta externa

4.4 Asistencia en guardias / urgencias

4.5 Asistencia en quirófano

5. Tareas y responsabilidades de los facultativos

6. Circunstancias especiales de supervisión obligatoria

1. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario General de Villalba (HUGV) tiene como objetivo principal impartir una docencia de calidad a los residentes basada en la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad.

El Real Decreto 183/2008 establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos los aspectos relativos a la supervisión, haciendo especial mención a las áreas asistenciales significativas. Por ello, la Comisión de Docencia ha elaborado protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía para los residentes del HUGV.

2. NORMATIVA APLICABLE

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- 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 (artículo 15).
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, sobre protección del derecho a la intimidad del paciente por alumnos y residentes.
- Resolución de 21 de marzo de 2018 (corregida el 3 de julio de 2018) sobre directrices básicas de los documentos acreditativos de las evaluaciones de especialistas en formación.
- Real Decreto 589/2022, de 18 de julio, por el que se regulan las especialidades en Ciencias de la Salud.

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión de los residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología se someterá a los principios generales del RD 183/2008:

1. Deber general de supervisión como principio rector inherente a los profesionales que presten servicios en los dispositivos asistenciales. Están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.



- 2. Responsabilidad progresiva del residente: asunción progresiva de responsabilidades y nivel decreciente de supervisión hasta alcanzar el ejercicio autónomo de la especialidad.
- 3. Los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas del centro, sin perjuicio de plantear cuantas cuestiones se susciten.
- 4. La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física. Los especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos clínicos.
- 5. La supervisión decreciente a partir del segundo año tendrá carácter progresivo. El tutor podrá impartir instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

PRINCIPIO FUNDAMENTAL

Todo residente, independientemente de su año de formación, deberá consultar al adjunto supervisor ante cualquier duda en el manejo de un paciente.

4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El objetivo de la formación médica especializada es dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo.

4.1 Definición de los niveles de supervisión

Nivel	Denominación	Descripción	Implicación del especialista
3	Supervisión alta (realización por especialista)	Solo conocimiento teórico, sin experiencia práctica.	Actividad realizada por el especialista. El residente observa y asiste.
2	Supervisión media (supervisión directa)	Conocimiento teórico pero experiencia insuficiente para actuar de forma independiente.	Actividad bajo supervisión directa del adjunto, que está físicamente presente.
1	Supervisión baja (a demanda)	Habilidades adquiridas que permiten actuar de manera independiente.	El residente ejecuta e informa al adjunto. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Resumen de niveles de supervisión por área asistencial

Área asistencial	R1	R2	R3	R4	R5
Hospitalización	3	2	2	1	1
Consultas Externas	3	3	2	2	1-2
Urgencias	3	2	2	1-2	1
Quirófano	3	3	3	2	1-2



4.2 Asistencia a pacientes ingresados — Hospitalización

Objetivo: Garantizar el manejo adecuado del paciente ingresado, incluyendo diagnóstico, tratamiento médico-quirúrgico, evolución y alta.

Año	Criterios de supervisión
R1 – R2	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión directa por adjunto en la valoración inicial. Revisión diaria de la evolución por parte del adjunto. No puede decidir altas sin validación. Discusión obligatoria de interconsultas con tutor o adjunto.
R3 – R4	<ul style="list-style-type: none"> Puede liderar la evolución de pacientes conocidos, con supervisión indirecta. Propuesta de alta redactada por el residente, pero validada por el adjunto. Puede coordinar el pase de sala bajo supervisión.
R5	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión indirecta o diferida. Puede tomar decisiones clínicas, proponer altas y liderar el pase. Supervisión final del responsable de planta.

4.3 Asistencia a pacientes en consulta externa

Objetivo: Aprender el manejo ambulatorio del paciente traumatológico: valoración inicial, seguimiento, indicación quirúrgica y derivaciones.

Año	Criterios de supervisión
R1	<ul style="list-style-type: none"> Solo puede observar o realizar valoraciones bajo supervisión directa. No puede emitir juicios clínicos sin revisión.
R2 – R3	<ul style="list-style-type: none"> Puede realizar historia clínica y exploración física. Diagnóstico y plan deben ser supervisados antes de comunicarlos al paciente. Todas las decisiones deben ser validadas por un adjunto.
R4 – R5	<ul style="list-style-type: none"> Puede llevar consulta con supervisión indirecta. Casos complejos deben ser discutidos. Puede planificar tratamientos, pedir pruebas y proponer cirugías con revisión posterior.

4.4 Asistencia a pacientes en guardias / urgencias

Objetivo: Formarse en el manejo urgente del trauma musculoesquelético, desde la valoración inicial hasta la estabilización y tratamiento definitivo.

Año	Criterios de supervisión
R1	<ul style="list-style-type: none"> Siempre debe estar acompañado de un residente mayor o adjunto. No puede indicar ingresos ni cirugías sin validación. No realiza procedimientos invasivos sin supervisión.
R2 – R3	<ul style="list-style-type: none"> Realiza valoraciones primarias, suturas e inmovilizaciones. Discute cada caso con el adjunto de guardia. No decide intervenciones quirúrgicas sin validación.
R4	<ul style="list-style-type: none"> Mayor autonomía en urgencias, indica pruebas e ingresos. Puede operar urgencias menores bajo supervisión presencial.



	<ul style="list-style-type: none"> • Decide tratamientos con revisión posterior.
R5	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina la atención en urgencias. • Opera cirugías urgentes con supervisión diferida. • Puede ser responsable de la formación de residentes menores.

4.5 Asistencia a pacientes en quirófano

Objetivo: Adquirir habilidades progresivas en técnicas quirúrgicas ortopédicas y traumatológicas, desde la ayudantía hasta el liderazgo quirúrgico.

Año	Criterios de supervisión
R1	<ul style="list-style-type: none"> • Solo observación y ayudantía pasiva. • No realiza gestos quirúrgicos salvo bajo supervisión directa.
R2	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudantía activa en cirugías programadas. • Puede realizar gestos parciales sencillos (incisión, cierre) bajo supervisión. • No lidera procedimientos.
R3	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza a realizar procedimientos quirúrgicos sencillos (hernioplastia, material de osteosíntesis simple, clavos intramedulares) siempre con supervisión directa. • Supervisión estrecha en todos los casos.
R4	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza procedimientos con mayor autonomía bajo supervisión presencial. • Plan quirúrgico debe ser discutido previamente. • Puede asumir cirugías de urgencia no complejas.
R5	<ul style="list-style-type: none"> • Lidera cirugías electivas y urgentes, incluyendo planificación y ejecución. • Supervisión indirecta o diferida, pero siempre con adjunto disponible. • Puede formar a residentes más jóvenes.

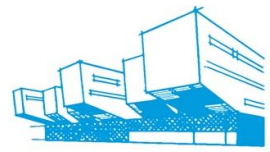
5. TAREAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACULTATIVOS

- Durante los primeros años de formación, el facultativo orientará al residente en los casos a seguir, indicándole las pautas más adecuadas de diagnóstico y tratamiento basadas en su mayor conocimiento y experiencia.
- En los últimos años, la labor del facultativo es de supervisión indirecta, estando siempre disponible como consultor o para intervenir en caso de apreciar que la situación supera las capacidades del residente.
- Durante los primeros años, el especialista supervisará de forma directa todas las actuaciones del residente. Según va adquiriendo experiencia, puede pasar a supervisión indirecta.
- El residente debe contactar con el especialista antes de realizar cualquier procedimiento invasivo sobre un paciente.
- El residente debe contactar con el especialista ante cualquier duda diagnóstica o terapéutica.

6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE SUPERVISIÓN OBLIGATORIA

En las siguientes circunstancias, el residente estará supervisado durante toda su residencia, independientemente del año de formación:

- Solicitud y realización de traslados interhospitalarios.
- Al informar a autoridades judiciales.
- Recepción de politraumatizados graves.



Francisco de Borja Hernández Moreno

Jefe de Estudios FSE — Presidente de la Comisión de Docencia · HUGV

Collado Villalba, mayo de 2026

Firma: