

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN

CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Versión: 1

Fecha: Marzo 2022

Elaborado por: Dr. Carlos Arranz Obispo

Aprobado por la Comisión de Docencia en fecha: 25 de marzo de 2022

Presentado al Comité de Dirección en fecha:

Objetivo del protocolo

Describir el **nivel de supervisión** requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes.

El protocolo debe ser conocido por **todos los residentes** de la especialidad y por **todos los profesionales asistenciales** de las diferentes áreas donde se forman los residentes.

Este documento está disponible para consulta en la web y en la intranet del centro.

Marco Legal

- Toda la estructura del sistema sanitario debe 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.
 - *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 deben 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 o cualquier otro que se considere de interés.
- Los protocolos deben presentarse a los órganos de dirección del centro para que el /la Jefe de Estudios pacte con ellos su aplicación y revisión periódica.
 - *Artículo 15.5 del RD 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 de sistema de formación sanitaria especializada .*
 - *Artículo 15.5 del Decreto 165/2015, de 21 de julio, de Formación sanitaria especializada en Cataluña*

Ámbito de aplicación

Este protocolo de supervisión es aplicable a **todos los residentes** que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Universitario de Bellvitge

Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en nuestra unidad docente como a aquellos de unidades docentes externas que se encuentren realizando una rotación, debidamente autorizada, en nuestra unidad docente.

Deber de supervisión

El deber general de supervisión es **inherente a los profesionales** que prestan servicios en las diferentes unidades asistenciales donde se forman los residentes. Estos profesionales están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los diferentes dispositivos que integran la unidad docente deben **programar las actividades asistenciales** de los residentes en coordinación con sus tutores, con el fin de 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 deben establecer los mecanismos necesarios para facilitar el cumplimiento del itinerario formativo y la supervisión adecuada de los residentes en cada unidad o dispositivo por el que rotan residentes.

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 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 llegar al grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad sanitaria.

En aplicación de este principio rector, los residentes deben 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 consecuencia de esta relación.

Como normas generales del Hospital Universitario de Bellvitge:

1. Los residentes tendrán en todas las rotaciones un **profesional de plantilla** que supervisará su trabajo.
2. La supervisión de los residentes de **primer año** será de **presencia física**.
 - a. Será responsabilidad de los especialistas que presten servicios en los diferentes dispositivos del centro o unidad para los que estén rotando o prestando servicios de atención continuada a los residentes.
 - b. Dichos especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás 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. A estos efectos, el/la tutor/a del/la residente podrá impartir, tanto a éste/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.
 - b. En todo caso, el/la residente tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios y podrá recurrir 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 media

El/la residente tiene suficiente conocimiento pero no la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. El/la residente realiza 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 luego informa al 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	Sólo tiene conocimientos teóricos, puede observar y ayudar

*Supervisión directa quiere decir que el especialista que está supervisando al/la residente conoce lo 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 alcanza las competencias necesarias para progresar en su formación, no se puede disminuir el Nivel de Supervisión de la actividad en cuestión, debiéndose notificar este hecho al tutor/a del/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

Nivel de supervisión en el ámbito de Urgencias

La actividad urgente realizada por los facultativos residentes representa uno de los pilares fundamentales durante su etapa formativa. Es por este motivo que debe estar perfectamente estructurada y planificada, de forma que sea de máximo provecho durante el periodo de residencia.

La práctica asistencial de carácter urgente requiere la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarios para poder realizar diagnósticos rápidos, precisos y seguros, instaurando el tratamiento adecuado para cada situación, y al mismo tiempo identificando de forma precoz la patología grave, que requiere una respuesta inmediata.

La adquisición de los conocimientos debe hacerse de manera progresiva en base a unos objetivos docentes predeterminados.

La responsabilidad del médico se encuentra directamente vinculada con la toma de decisiones. La actuación de los facultativos residentes resulta de una práctica tutelada y programada y, por tanto, la asunción de responsabilidad debe ir vinculada a la progresiva adquisición de conocimientos y habilidades, de tal forma que el grado de supervisión puede y debe ir reduciéndose a medida que avanza el proceso formativo, adquiriendo progresivamente mayor nivel de autonomía y responsabilidad.

Estructuración de la docencia durante la asistencia urgente de las guardias troncales en el Hospital Universitario de Bellvitge

Los facultativos residentes, durante la realización de las guardias troncales, se encuentran ubicados en las diferentes áreas del Servicio de Urgencias (Módulo A, módulo B, módulo C y módulo D), encontrándose en todo momento supervisados por los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias y los diferentes facultativos especialistas a los que pueden consultar en función de la patología del paciente.

El **nivel de supervisión** necesario en el **ámbito de Urgencias**, queda reflejado en la siguiente tabla:

Habilidad	Nivel de supervisión
	R1
Realización de una anamnesis completa	2-3
Exploración física	2-3
Valoración rápida de la gravedad del paciente	2-3
Solicitar exploraciones complementarias	2-3
Presentación e información al paciente y familia	2-3
Interpretar las exploraciones complementarias básicas: analítica, ECG, radiografía tórax, radiografía abdominal	2-3
Manejo de la fase aguda y descompensaciones de patologías médicas	3
Diagnóstico de la patología quirúrgica aguda	3
Reanimación cardiopulmonar básica	3
Conocimientos básicos de la vía aérea	3
Realización de punciones arteriales y venosas, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, artrocentesis	3
Validación de informes clínicos	3
Indicación del tratamiento antibiótico según protocolo del centro	2-3
Desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de las heridas inciso-contusas	2-3
Realización de técnicas de anestesia local	2-3
Interpretación y utilización de los monitores	2-3
Realización de una cardioversión	3

Nivel de supervisión de las actividades propias de la especialidad

A lo largo de la residencia el facultativo residente va a realizar diferentes actividades asistenciales en su propia especialidad. En el caso de Cirugía Oral y Maxilofacial, el residente actuará en diferentes áreas asistenciales, que se detallan a continuación:

- Área de hospitalización/planta:

Las plantas de hospitalización destinadas a los pacientes ingresados por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial corresponden a las Unidades 13.1 y 13.2. En dichas Unidades ingresan los pacientes procedentes, tanto de urgencias como aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada. Dichos pacientes permanecerán ingresados en el Hospital el tiempo necesario requerido hasta la recuperación de su salud o mejoría de esta. El informe de alta hospitalaria es el documento médico-legal que concluye la asistencia hospitalaria realizada.

En esta área, el residente debe adquirir los conocimientos necesarios para el cuidado del paciente ingresado, valoración de las pruebas complementarias diagnósticas necesarias y la toma de decisiones durante su ingreso, tanto quirúrgicas, como evolutivas o de alta. Así mismo, es de vital importancia la actitud y la empatía prestada por el residente ante la información suministrada tanto al paciente como a los familiares.

- Área de Quirófanos:

Los quirófanos que dispone el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial son los denominados quirófanos Q2CMA Y Q30. Son quirófanos preparados para realizar cirugías bajo anestesia general o sedaciones de pacientes que presentan patología quirúrgica de nuestra especialidad. El quirófano Q2CMA es un quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) dirigido a la patología quirúrgica que no requiere ingreso hospitalario o, sólo un ingreso de corta estancia (CE). Mientras que el quirófano Q30 es un quirófano dirigido a la patología quirúrgica mayor de la especialidad (oncología, traumatología, etc), de pacientes que van a requerir ingresos hospitalarios prolongados. La asignación semanal de los mismos es la siguiente: los lunes y martes se dispone del quirófano Q2CMA; mientras que los martes, miércoles, jueves y dos viernes al mes del quirófano Q30.

En esta área, el residente es donde desarrolla las habilidades quirúrgicas de la especialidad, aprende las técnicas quirúrgicas de los diferentes campos de la especialidad y se enfrenta a unas situaciones y unas posibles complicaciones quirúrgicas, que tendrá que llegar a saber solucionar.

- Área de Consultas Externas:

Las Consultas Externas del Servicio de Cirugía Maxilofacial y Oral, se prestan en el Módulo 24 del edificio de consultas externas, tanto en los despachos 1, 2 y 5. Allí mismo, disponemos de un box de cirugía menor ambulatoria, donde se realizan actos quirúrgicos

menores ambulatorios, bajo anestesia local. La frecuencia de dichas consultas es de lunes a viernes.

En esta área, el residente desarrolla la capacidad de anamnesis y exploración física en relación con nuestra especialidad, que le ayudará a llegar al diagnóstico de la enfermedad. También, aprenderá a valorar la necesidad de pruebas complementarias para llegar al diagnóstico. De vital importancia en esta área es que el residente desarrolle capacidades empáticas con el paciente, ya que hay que informar al paciente adecuadamente de forma que entienda su entidad, su evolución y posibles actitudes terapéuticas.

- **Área de Guardias específicas de la especialidad:**

A partir el segundo año de residencia, el facultativo residente iniciará las guardias específicas de la especialidad. Las guardias estarán supervisadas y tuteladas por un médico adjunto de la especialidad de presencia durante el día y de forma telefónica durante el resto de la guardia (de 17 horas hasta las 8 horas del día siguiente).

Durante las primeras guardias el residente de segundo año estará acompañado por un residente mayor que le supervisará y le enseñará el manejo de los pacientes que puedan llegar de urgencias con patologías relacionadas con la especialidad, así como el manejo de las situaciones urgentes que puedan suceder con los pacientes ingresados en el Servicio. Ante cualquier duda que pueda surgir o si el residente considera que necesita supervisión se comunicará con el médico adjunto de la especialidad para resolver el problema. En todo caso, en las siguientes situaciones se deberá consultar por fuerza con su médico adjunto:

- Situaciones urgentes de nuestra especialidad que por sí mismas pongan en peligro la vida del paciente (sangrados importantes, dificultades respiratorias agudas, traumatismos faciales severos, etc)
- Ante pacientes que requieren un tratamiento quirúrgico urgente por una patología de nuestra especialidad
- Antes de indicar un tratamiento médico de alto riesgo, ej: Fibrinolíticos

Durante el resto de los años de la residencia, las guardias presenciales de los facultativos residentes seguirán siendo tuteladas por un médico adjunto de la especialidad de forma telefónica, que le resolverá las dudas o problemas que le pudieran aparecer a lo largo de la guardia. Así mismo, será responsable de los pacientes que por su patología requieran ser intervenidos de forma urgente.

En situación de emergencia se debe avisar al adjunto del pool de cirugía (o módulo C de urgencias) de presencia física, que asumirá la responsabilidad de los pacientes en tanto llega el especialista localizado.

Actividad	Nivel de supervisión				
	R1	R2	R3	R4	R5
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN					
Interrogatorio dirigido del paciente	3	2-3	2-3	2	1-2
Exploración física	3	2-3	2-3	2	1-2
Solicitar exploraciones complementarias	3	2-3	2-3	2	1-2
Presentación e información al paciente y familia	3	2-3	2	1-2	1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas: analítica, ECG, radiografía tórax, radiografía abdominal	3	2-3	2-3	1-2	1
Interpretar las exploraciones complementarias específicas de la especialidad: Ortopantomografía, TC cervicales, RMN, Ecografías cervicales.	3	2-3	2-3	1-2	1-2
Toma de decisiones en el ámbito diagnóstico	3	2-3	2-3	2	1-2
Toma de decisiones en el ámbito terapéutico	3	2-3	2-3	2	1-2
Validación de informes clínicos	3	2-3	2	1-2	1-2
ÁREA DE QUIRÓFANO	R1	R2	R3	R4	R5
Preparación del paciente antes de quirófano	3	2-3	2	1-2	1
Asepsia del campo quirúrgico	3	2-3	2	1-2	1
Entallado del campo quirúrgico	3	2-3	2	1-2	1
Inicio de intervención quirúrgica menor (Incisión)	3	3	2-3	1-2	1
Completar intervenciones menores (Cirugía oral)	3	3	2-3	1-2	1
Inicio de intervenciones quirúrgicas mayores (incisión)	3	3	2-3	1-2	1-2
Diseción de tejidos superficiales (levantamiento cutáneo)	3	3	2-3	2	1-2
Diseción de tejidos profundos (planos profundos cervicales o tejidos óseos)	3	3	2-3	2	1-2
Completar intervenciones quirúrgicas mayores (oncológicas, fracturas, glándulas, ortognáticas, etc)	3	3	2-3	2	1-2
Realización informe quirúrgico	3	2-3	2	1-2	1
Pautar tratamiento médico postquirúrgico	3	2-3	2	1-2	1
Información a familiares	3	2-3	2	1-2	1
ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS	R1	R2	R3	R4	R5
Interrogatorio dirigido al paciente	3	2-3	2-3	2	1-2
Exploración física	3	2-3	2-3	2	1-2
Solicitud de exploraciones complementarias	3	2-3	2-3	2	1-2
Interpretación de exploraciones complementarias	3	2-3	2-3	1-2	1
Toma de decisiones diagnósticas	3	2-3	2-3	2	1-2
Toma de decisiones terapéuticas	3	2-3	2-3	2	1-2
Realización de pruebas diagnósticas mínimamente invasivas (biopsias, PAAF)	3	2-3	2-3	1-2	1
Realización de cirugías menores con anestesia local (desbridamientos locales)	3	2-3	2-3	1-2	1
Realización de cirugías orales menores simples con anestesia local (extracciones simples, pequeñas cirugías orales)	3	3	2-3	2	1-2
Realización de cirugías orales menores complejas con anestesia local (extracciones complejas, quistes, cirugía apical, etc)	3	3	2-3	2	1-2
Realización informe quirúrgico	3	2-3	2	1-2	1
Pautar tratamiento médico postquirúrgico	3	2-3	2	1-2	1

Información al paciente y familiares	3	2-3	2	1-2	1
ÁREA DE GUARDIA	R1	R2	R3	R4	R5
Realización de una anamnesis completa	2-3	2-3	2-3	2	1-2
Exploración física	2-3	2-3	2-3	2	1-2
Valoración rápida de la gravedad del paciente	3	2-3	2-3	2	1-2
Solicitar exploraciones complementarias	3	2-3	2-3	2	1-2
Presentación e información al paciente y familia	3	2-3	2	1-2	1
Interpretar las exploraciones complementarias básicas: analítica, ECG, radiografía tórax, radiografía abdominal	3	2-3	2-3	2	1-2
Interpretar las exploraciones complementarias específicas de la especialidad: Ortopantomografía, TC cervicales, RMN, Ecografías cervicales.	3	2-3	2-3	1-2	1-2
Validación de informes clínicos	3	2-3	2	1-2	1
Indicación del tratamiento médico	3	2-3	2	1-2	1
Desbridamiento de abscesos de partes blandas y tratamiento de las heridas inciso-contusas	3	2-3	2-3	1-2	1
Realización de técnicas quirúrgicas con anestesia local	3	2-3	2	1-2	1
Realización de técnicas quirúrgicas con anestesia general	3	3	2-3	2-3	2