

ESPECIALIDAD

Itinerario formativo de residentes

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

Servicio que lo presenta	COT
Fecha de elaboración	Enero 2013
Fecha de revisión	Enero 2022

Autor/es Carácter con que actúan

Adela Mesado Vives Tutora COT R5
Zakarias Mohd Abu Ali Tutor COT R4
Katia Ramón Lopez Tutora COT R3
William Paul Benavente Lazo Tutor COT R2
Cristina Badenes Sanmartin Tutora COT R1
José Miguel Romero Martínez Tutor COT R1 Tutor residentes rotantes externos

Servicios implicados en la Guía	Consensuado (poner Si o No)
Servicio de COT	Si

Gestión de modificaciones	Fecha
Aprobación de la actualización	XX/XX/2022 por Comisión de Docencia

Vº Bº

EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA



TUTORIA RESIDENTS C.O.T.

Adela Mesado Vives Tutora COT R5
Zakarias Mohd Abu Ali Tutor COT R4
Katia Ramón Lopez Tutora COT R3
William Paul Benavente Lazo Tutor COT R2
Cristina Badenes Sanmartin Tutora COT R1
José Miguel Romero Martínez Tutor COT R1

Cap de Servei: Dr. José Poyatos Campos

GUIA DOCENTE DEL RESIDENTE DE C.O.T.

**SERVICIO DE C.O.T.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ**

Jefe de Servicio: Dr. José Poyatos Campos

Tutores: Adela Mesado Vives Tutora COT R5
Zakarias Mohd Abu Ali Tutor COT R4
Katia Ramón Lopez Tutora COT R3
William Paul Benavente Lazo Tutor COT R2
Cristina Badenes Sanmartin Tutora COT R1 (de baja)
José Miguel Romero Martínez Tutor COT R1

Fecha elaboración: Enero 2013

Fecha de actualización: Enero 2022

**DEPARTAMENT DE SALUT DE CASTELLÓ. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE
CASTELLÓ** Avgda. Benicàssim, s/n. 12004 CASTELLÓ - Tel. 964 7 26500 - Fax 964 7 26645/3

ÍNDICE

Tabla de contenido

1. RECURSOS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO.....	4
1.1 Introducción.....	4
1.2 Reseña histórica de la especialidad	5
1.3 Reseña histórica y definición del servicio.....	8
1.4 Recursos humanos.....	8
1.5 Recursos físicos.....	10
1.6 Recursos Técnicos.....	10
1.7 Cartera de servicios	11
2. PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD.....	12
2.1 Tutoría de Residentes de COT	12
2.2 Programa de Rotaciones.....	12
2.3 Rotaciones Externas.....	13
2.4 Programa teórico y práctico de la especialidad	13
3. ACTIVIDADES DOCENTES	14
3.1. Sesiones del Servicio.....	15
3.2. Cursos de Formación Común Complementaria para Residentes	17
3.3. Congresos, Jornadas y Cursos de la Especialidad	17
3.4. Formación en Investigación y Publicaciones.....	18
4. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE	19
5. SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE.....	23
5.1.- NIVELES DE RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE	23
5.2.- APLICACIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD SEGÚN AÑO DE RESIDENCIA Y TAREA A DESEMPEÑAR.....	23
5.3 - SITUACIONES O ACTIVIDADES QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MEDICO ESPECIALISTA DE COT	24
6. GUARDIAS	26
7. NORMAS Y REGULACIONES DEL SERVICIO	29
7.1 PERMISOS	29
7.2 DIAS DE LIBRE DISPOSICIÓN.....	30
7.3 VACACIONES	30
7.4 CURSOS	31
8. RELACION DE OBJETIVOS DOCENTES DEL RESIDENTE DE COT	31
8.1 OBJETIVOS GENERALES	32
8.2 OBJETIVOS ROTACIONES BÁSICAS	33
8.3 OBJETIVOS DE ROTACIONES POR AREAS TOPOGRÁFICAS	35
8.4 ROTACIONES EXTERNAS MAS USUALES	48
8.5 OBJETIVOS POR AÑO DE RESIDENCIA	51

8.6 Habilidades quirúrgicas que debe adquirir el residente en COT al final de su residencia	60
ANEXO I.....	65
ANEXO II.....	66
ANEXO III.....	67
ANEXO IV	72

1. RECURSOS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO

1.1 Introducción

Mediante esta guía pretendemos ayudaros a conocer mejor la estructura y funcionamiento de nuestro Servicio.

Durante vuestra estancia con nosotros adquiriréis de forma progresiva conocimientos teóricos y prácticos, que os prepararán para poder prestar atención médica especializada de primera calidad al final de vuestro periodo formativo. Además, podréis adquirir una formación investigadora, necesariamente ligada a la asistencial, que debería posibilitaros iniciar vuestro proyecto de Tesis Doctoral.

Vuestras principales referencias docentes serán: Los Tutores de Residentes, el Jefe de Servicio y los demás miembros de vuestro Servicio, la Comisión de Docencia y la Dirección Médica. No dudéis en solicitar a cada uno de estos niveles la ayuda necesaria para conseguir una formación adecuada. Esperamos que vuestra experiencia en nuestro Centro sea fructífera tanto en el aspecto personal y profesional.

Definición y conceptos generales de la Especialidad:

La Traumatología y Cirugía Ortopédica es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, desarrollo, conservación y restablecimiento de la forma y de la función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas, por medios médicos, quirúrgicos y físicos.

La formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista viene regulada por el RD 183/2008, de 8 de Febrero. La denominación de la especialidad de Cirugía

Ortopédica y Traumatología y los contenidos específicos y habilidades a adquirir están definidos por la SCO/226/2007 del 24 de Enero.

La Especialidad, desde la entrada en vigor de la Ley Gral. de Sanidad (14/1986), se ejerce oficialmente de forma autónoma tras aprobar el Licenciado en Medicina, un examen oposición en convocatoria nacional y transcurrir un periodo como Médico Interno Residente de 5 años en un Centro acreditado, supervisado por Médicos Especialistas y siguiendo el programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad.

1.2 Reseña histórica de la especialidad

Nuestra especialidad ha sufrido profundos cambios, debido a la progresiva revolución tecnológica y biológica de la misma. Desde tiempos inmemoriales el hombre se ha preocupado de recuperar y rehabilitar a los individuos que habían perdido sus condiciones físicas naturales, como consecuencia de afecciones patológicas o por los accidentes acaecidos en sus vidas. Los primeros ensayos terapéuticos sobre el sistema músculo-esquelético fueron probablemente gestos intuitivos impuestos por la necesidad: contener una hemorragia, curar una herida, inmovilizar una fractura. La medicina primitiva se caracterizaba por elementos mágicos y empíricos. El objetivo en la historia ha sido intentar recuperar al paciente hasta su estado funcional y anatómico previo.

La primera revolución fue debida a **Hipócrates** en el que en su obra "*Tratado de las fracturas*" ya hace referencia a técnicas de tracción continua, inmovilización con férulas para el tratamiento de fracturas, como también el tiempo estimado de consolidación, en otra obra "*Tratado de las articulaciones*" describe técnicas de reducción de luxaciones de hombro, acromioclaviculares, temporomandibular, y también de rodilla, cadera y codo. **Galeno** fue quien tuvo una influencia en el estudio de la osteología, miología, y el papel de transmisión de las órdenes del cerebro a cargo de los nervios.

En el siglo X, se atribuye a la medicina persa el inicio del uso del yeso para el tratamiento de fracturas y otras lesiones óseas de los miembros.

En el siglo XIV se encuentran referencias al uso de tracciones con pesos y poleas para la reducción de fracturas femorales. En esta época la medicina y la cirugía eran dos entidades separadas. Mientras la primera era una disciplina universitaria, la segunda era ejercida por los denominados cirujanos-barberos, que realizaban amputaciones, extracciones dentarias, sangrías, etc.

En el siglo XVI **Ambroise Paré**, cirujano de guerra francés y considerado como el padre de la cirugía moderna, fue el primero en describir una fractura expuesta tratada con éxito sin amputación, y el método de mantener limpias las heridas como medio para que las mismas cicatricen y curen con mayor éxito que con el método de cauterización habitual (volcado de aceite hirviendo), con un linimento propio (yema de huevo, aceite de rosas y trementina) y fue el primero en utilizar la ligadura de las arterias en los muñones. Además, describió las fracturas de cuello femoral y las epifisiolisis.

En el siglo XVIII el libanés **Yamid Manssur** estableció el primer instituto ortopédico del mundo, localizado en Suiza. Se trataba del primer hospital dedicado de forma específica al tratamiento de las lesiones y deformidades esqueléticas en niños. Siendo de esta forma el primer ortopedista y padre de la ortopedia, pues su instituto ortopédico sirvió como modelo para muchos otros centros similares. También expone una técnica para las amputaciones, consistente en cubrir el muñón de amputación mediante un colgajo de piel sana. Es precisamente en este siglo que aparece por primera vez la nomenclatura “Ortopedia” derivado del griego orthos: derecho-recto y paidos: niño.

Dr. **Nicolas Andry de Boisregard**, decano de la Facultad de París publica “Orthopaedia”, libro dedicado a corregir y prevenir deformidades en niños. También se vincula a Andry como el responsable del emblema que actualmente identifica a la ortopedia: un árbol torcido que se intenta corregir con una guía externa en forma de sarmiento.

En el siglo XIX se realizan cambios profundos como la aceptación de la cirugía como parte de medicina, aunado esto al hecho del desarrollo de la anestesia, lo cual permitía mayor posibilidad de trabajar sobre los fragmentos óseos expuestos. Se mejora la perspectiva de resolución a cielo abierto de las fracturas, y a finales del siglo XIX y principios del XX con la definición por parte de

Joseph Lister del concepto de antisepsia, permitió una mejor respuesta de los pacientes sometidos a tratamientos cruentos, disminuyendo significativamente los casos de septicemia que coronaban mayoritariamente las intervenciones hasta ese momento.

Wilhelm K. von Röntgen obtuvo la primera radiografía en 1895, que era de los huesos de la mano de su esposa, logrando de este modo cambiar la traumatología como se concebía hasta ese momento, ya que permitía observar las características de las lesiones óseas de una manera que revolucionó la especialidad y dándole a la cirugía ortopédica el rasgo que aún posee hasta la actualidad.

El siglo XX nos trajo un gran número de avances médicos, en todas las áreas, pero tal vez la traumatología fue una de las más beneficiadas. Las dos guerras mundiales, con la gran cantidad de soldados y civiles lesionados, lograron que se desarrollaran tratamientos novedosos como el clavo endomedular de **Gerhard Küntscher** para el tratamiento de las fracturas de fémur, y la fijación externa en el tratamiento de las fracturas abiertas. Pero uno de los avances más importantes se realizaría en los años 60 en Inglaterra. Allí un traumatólogo logró un avance tan importante que años después la reina de Inglaterra le conferiría el título de caballero: **Sir John Charnley**. Lo que Charnley, logró fue la sustitución de caderas enfermas por piezas de metal y plástico, el llamado reemplazo articular.

Actualmente el desarrollo de técnicas novedosas como la artroscopia, dispositivos de fijación, avances biológicos como factores de crecimiento plaquetario, ... Y líneas de investigación futura como en el campo de la nanotecnología, hacen de nuestra especialidad un reto continuo para la formación continuada y el desarrollo personal.

El campo de acción de nuestra especialidad incluye la valoración clínica, el diagnóstico, la prevención, el tratamiento por medios quirúrgicos y no quirúrgicos y la rehabilitación adecuados a la atención del paciente portador de enfermedades congénitas y adquiridas, de deformidades y de alteraciones funcionales traumáticas y no traumáticas del aparato locomotor y sus estructuras asociadas.

1.3 Reseña histórica y definición del servicio

El Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología existe en el Hospital General de Castellón desde su inauguración en el año 1969. La jefatura en sus inicios estuvo a cargo del Dr. Antonio Cros Juan. Posteriormente fue dirigido por el Dr. José Luís Díaz Almodóvar. En la actualidad está dirigido por el Dr. Cristóbal Mesado Solernos.

El Servicio atiende a una población aproximadamente de 280.000 habitantes correspondientes al Departamento de salud nº 2. La formación de médicos residentes comenzó en el año 1972, formación que ha continuado hasta nuestros días, y que actualmente presta docencia a dos residentes por año, según la resolución del Ministerio de Educación Deporte y Cultura del 8 de marzo de 1986.

Debido a que nuestro centro tiene una enorme carga asistencial, constituye un medio propicio para la capacitación profesional del médico residente a través de la realización de su programa docente y al ejercicio progresivo de las funciones del especialista, según la capacitación progresiva del residente.

1.4 Recursos humanos

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Jefes de Servicio: Dr. Cristóbal Mesado Solernou

Jefes de Sección: Dr. José Poyatos Campos

Dra. Nuria Olmedo García

Médicos Adjuntos:

Equipo A (Mano, Muñeca y Codo)

Dr. José Poyatos Campos
Dr. Xavier Margarit Martín
Dra. M^a José Serrano de la Cruz Fernández
Dra. Cristina Badenes Sanmartin

Equipo B (Rodilla)

Dr. Segundo Villacastín Santamaría
Dr. Luís Ferraro Esparza
Dr. Zakaria Mohd Abu Alí
Dr. Esteban Recalde Espinosa
Dr. Pablo Jordá Gomez

Equipo C (Raquis)

Dr. Juan José Valls Vilalta
Dr. José Miguel Romero Martínez
Dra. Nuria Fernández Fernández
Dra. Katia Ramón López

Equipo D (Cadera)

Dra. Nuria Olmedo García
Dra. Encarna Cruz Renovell
Dra. Adela Mesado Vives

Equipo E (Hombro)

Dr. José Miguel Palomo Traver
Dra. Sonia Belles Fabra
Dr. William Benavente Lazo

Equipo F (Pie y Tobillo)

Dra. Lucia Roncero Vilanova
Dra. Sara Ashi Pascual

Tutores de residentes :

Adela Mesado Vives Tutora COT R5
Zakarias Mohd Abu Ali Tutor COT R4
Katia Ramón Lopez Tutora COT R3
William Paul Benavente Lazo Tutor COT R2
Cristina Badenes Sanmartin Tutora COT R1 (baja maternal actualmente)
José Miguel Romero Martínez Tutor COT R1 y residentes rotantes externos

1.5 Recursos físicos

- **Despacho Jefe de servicio:** Planta 4ª Espacio entre Zona A y B justo en la entrada en la planta 4ª B.
- **Vestuario personal facultativo:** Planta 4ª Espacio entre Zona A y B justo en la entrada en la planta 4ª B.
- **Hospitalización:** Cuarta planta del Hospital General (4ªB).
- **Habitaciones:** 30 en el Hospital General, 4ª B (421-435), además de posibilidad de ingreso en pediatría a cargo de COT y hospitalización adultos en 4ªA.
- **Camas disponibles:** 30 en el hospital General. En el servicio de Pediatría ingresan los menores de 14 años.
- **Salas de Reuniones y Sesiones:** En la zona de la 4ªB.
- **Secretaria:** Planta 4ªA.
- **Quirófanos:** Tres quirófanos en el bloque de cirugía programada del Hospital General, con sesiones diarias de mañana. Quirófano nº 1, 2 y 3.
- **Unidad de Cirugía sin ingreso del Hospital:** Es utilizada en los enfermos que lo permitan.
- **Consultas Hospitalarias:** Cuatro Gabinetes de Consulta con sus respectivas salas de cura, con funcionamiento diario (puertas 14-17).
- **Consultas Externas Extrahospitalarias:** Con una asistencia diaria. Se realizan en el Centro de Especialidades Jaime I (3 gabinetes), puertas 21-25 y CSI Grao de Castellón.

EQUIPAMIENTO ASISTENCIAL

- **Quirófanos:** Equipo humano: 8 DUEs y 3 Auxiliares. Equipo técnico: Instrumental y material necesario para la realización de todas las técnicas de la especialidad. 3 torres de Artroscopia. 3 equipos de fluoroscopia + 1 equipo fluoroscopia para cirugía de pequeñas articulaciones (Xiscan). Equipos de protección radiológica.
- **Gabinets de consulta y exploración:** 3 DUEs y 1 Auxiliar. Material de curas y exploración.
- **Salas de yesos y curas:** Material para realizar vendajes enyesados y curas postquirúrgicas inmediatas.

EQUIPAMIENTO DOCENTE

- **Sistemas informáticos:** 6 PCs con acceso a Internet, Cañón proyector, sistemas audiovisuales situados en la sala de sesiones.
- **Biblioteca propia del servicio:** Catalogo ver ANEXO I, ubicada en la sala de sesiones.

1.7 Cartera de servicios

El servicio de COT del Hospital General de Castellón ofrece el tratamiento de prácticamente todas las patologías de la especialidad, a excepción de la cirugía tumoral compleja y la patología de ortopedia infantil complicada.

2. PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

2.1 Tutoría de Residentes de COT

La Tutoría de Residentes de COT, es la que se encarga de planificar, gestionar y evaluar las actividades de los residentes de COT, y de las diferentes especialidades que realizan rotatorios en el servicio de COT. Puede implementar cualquier instrumento docente y de evaluación para llevar a cabo la actividad docente del servicio.

Sirve de nexo de unión entre los residentes y el resto de servicio, con una especial vigilancia para que se cumplan los estándares docentes, y que no se realicen sobrecargas asistenciales a los residentes.

La Tutoría está compuesta por 6 integrantes, que se reparten la carga de trabajo de la siguiente manera:

1. Adela Mesado Vives Tutora COT R5
2. Zakarias Mohd Abu Ali Tutor COT R4
3. Katia Ramón Lopez Tutora COT R3
4. William Paul Benavente Lazo Tutor COT R2
5. Cristina Badenes Sanmartin Tutora COT R1 (de baja 2021-2022)
6. José Miguel Romero Martínez Tutor COT R1 y residentes rotantes externos

Las decisiones globales de la tutoría son efectuadas por los 6 tutores, así como aquellas decisiones de especial relevancia e importancia.

Cualquier de los 6 tutores puede tomar decisiones que necesiten una rápida resolución, o sean de urgencia.

2.2 Programa de Rotaciones

El objetivo de las rotaciones es la obtención de conocimientos y habilidades en materias complementarias a la Especialidad, para completar los objetivos formativos específicos del futuro Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Se ha considerado conveniente la incorporación inicial del especialista en formación en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología para el establecimiento de los conocimientos básicos y funcionamiento del servicio, durante un periodo de 4 meses.

Las rotaciones prioritarias establecidas por la Comisión Nacional de la Especialidad son las siguientes: Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vascular, y Cirugía Plástica y Reparadora.

La Comisión establece unas rotaciones optativas, de una duración de dos meses en las siguientes especialidades: Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Torácica, Medicina Física y de Rehabilitación, Neurocirugía, Neurología y Reumatología.

En el Servicio se consideran obligatorias las establecidas por la Comisión Nacional de la Especialidad, realizando aquellas optativas que por su contenido, grado de participación y campos de acción se ajustan más a los objetivos de formación del Cirujano Ortopédico y Traumatólogo.

Dado que el servicio de COT está dividido en 6 equipos con áreas de trabajo diferenciadas (Unidades topográficas), se considera la rotación por las mismas el conocimiento completo de la especialidad, que se complementará con unas rotaciones externas.

Las rotaciones de materias básicas se realizarán en el primer año de residencia, posteriormente se rotará por los diversos equipos de nuestro servicio, y en medio se irán realizando rotaciones externas fundamentalmente en ortopedia infantil.

La distribución de las rotaciones se puede ver en el ANEXO II

2.3 Rotaciones Externas

El Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, con el conocimiento y aprobación de la Comisión de Docencia autoriza el desplazamiento a otros Centros de los Médicos Especialistas en Formación. Nuestra recomendación es realizar una rotación en una unidad de ortopedia infantil prioritariamente. Otras rotaciones recomendadas son: patología tumoral y séptica, unidades específicas de patología (mano, hombro, pie, artroscopia, cirugía de reimplante, ...). Se establece una rotación externa total de 6 meses, 4 en el 4º año y 2 en el 5º año.

2.4 Programa teórico y práctico de la especialidad

Ver Capítulo 7 de esta guía.

. ACTIVIDADES DOCENTES

3.1. Sesiones del Servicio

- **Sesión clínica diaria de cambio de guardia.** Todos los días, a las 8,15 horas en la Sala de Reuniones y Sesiones de COT. Se presentan los ingresos procedentes de la guardia, los casos intervenidos y los casos difíciles pendientes de tratamiento. Asistencia obligatoria para todos los miembros del Servicio.
- **Sesión clínica diaria de casos.** Todos los días a continuación de la sesión de cambio de guardia se presentan los casos más relevantes que ha intervenido el equipo en cuestión la semana anterior.
Sesiones de control posquirúrgicos de la semana anterior por parte de los residentes del equipo en cuestión. Estas se realizarán después de la sesión de ingresos. Y consistirán en presentar los dos casos más relevantes que se hayan intervenido, en formato de presentación y como caso clínico.
- **Sesión teórica semanal y de actualización de temas monográficos.** A cargo preferentemente del residente, de algún miembro del servicio o de otra especialidad, con la moderación del jefe de la unidad, del tutor, de un especialista o preferiblemente, de un residente de los dos últimos años, estimulando la intervención de los más jóvenes. Se realizan los jueves en la Sala de Reuniones y Sesiones de COT, después de la sesión clínica diaria, a excepción del primer jueves de mes ya que hay la Sesión General del Hospital.

Las sesiones monográficas de los jueves se realizarán en el formato que crea mejor el ponente, preferentemente en powerpoint, keynote o prezi. Su duración no podrá exceder de 20 minutos, habiendo un aviso a los 15 minutos. Así los ponentes deben ajustar sus presentaciones al tiempo, al igual que se hace en los cursos y congresos. Se seguirá el programa formativo que establece la Comisión Nacional de Docencia de COT, añadiendo temas que estén de actualidad o de especial relevancia para la especialidad y/o docencia.

El residente que sea ponente, deberá entregar al correo de la tutoría la presentación en el formato que haya decidido y el discurso que vaya a realizar en PDF, una semana antes de que se realice la presentación.

También los residentes de MFyC, RHB, y Trabajo darán una sesión al servicio con periodicidad trimestral uno de ellos cada trimestre. Para ello se contactarán con las diferentes tutorías.

- **Sesión bibliográfica actualizada mensual**, en la cual se repasan las revistas de la especialidad, con un factor de impacto más importante. O se hace una búsqueda de un tema. Son por la tarde en las aulas de docencia del edificio anexo del HGUCs, o en la misma Sala de Sesiones de COT. Suelen ser el 3er miércoles del mes. De asistencia obligatoria, excepto aquellos que estén desempeñando función asistencial en urgencias
- **Talleres prácticos o seminarios relacionados con la especialidad**. De carácter mensual, con el fin de fomentar las habilidades quirúrgicas relacionadas con el aparato locomotor y/o reforzar los procesos diagnóstico-terapéuticos, a través de la presentación de casos clínicos. Suelen ser el 2º o 3er lunes del mes. Asistencia voluntaria, pero recomendable sobre todo a los residentes menores. Los seminarios también se realizarán en horario de tarde, en ellos se explicarán temas de carácter básico, como metodología de investigación, bioestadística, biomecánica, teoría de la osteosíntesis, además de talleres prácticos de yeso, osteosíntesis, fijación externa, suturas, etc. También tienen un carácter obligatorio con las mismas condiciones que las bibliográficas, ambas sesiones (bibliográficas y seminarios), son abiertas a todo el servicio, que podrán acudir para aportar sus conocimientos.

- **Sesiones generales del hospital de carácter obligatorio.** Con un temario a determinar por la comisión de docencia, se realiza el primer jueves de mes a las 08:15h aprox. En el salón de actos de la 3ª planta.
- **Sesión clínica mensual para residentes de traumatología de la Comunidad Valenciana.** Se realiza el último martes de mes, en el colegio de médicos de Valencia a las 19:00h. Asistencia obligada, los residentes deberán acudir en la medida de lo posible. La tutoría recomienda la asistencia de las mismas, pues también así se establecen vínculos con otros hospitales. La tutoría estará presente en dichas sesiones. Los dos casos a presentar anualmente, serán realizados por los residentes de 3er año en adelante. Y la sesión que toque moderar, será por un adjunto del equipo correspondiente al tema a moderar.
- **Sesiones clínico-patológicas con la participación de los hospitales de Castellón.** De periodicidad trimestral, en ellas se presentan casos clínicos con la participación de los 4 Hospitales de la provincia de Castellón

Se establecerán una serie de charlas semestrales a los residentes de MFyC, las cuales estarán abiertas también a residentes de RHB y Trabajo, el tema será Urgencias COT, explicando la exploración de los procesos más habituales, su diagnóstico y su tratamiento, con la explicación de colocación de vendajes y férulas. Para ello se contactará con la unidad de docente de MFyC, para coordinar dichas charlas. Las cuáles serán impartidas por nuestros residentes de segundo y tercer año.

3.2. Cursos de Formación Común Complementaria para Residentes

1. **Curso de Soporte Vital Básico y Avanzado.** Curso de Reanimación Cardio-Pulmonar, obligatorio para los Residentes de primer año.
2. **Curso de Protección Radiológica.** Obligatorio para los residentes de primer año.
3. **Curso de Biblioteca Virtual. Bases de Datos.** Para cualquier promoción de residentes.
4. **Curso de Actualización en Farmacoterapia (adultos).**
5. **Curso de Comunicación con Pacientes y Familiares.** Para cualquier promoción de residentes.
6. **Bioética Clínica.** Para cualquier promoción de residentes.
7. **Medicina Basada en la Evidencia y Lectura Crítica de Artículos.** Para los residentes de tercer año en adelante.
8. **Metodología de la Investigación Clínica.** Para los residentes de tercer año en adelante.

Gran parte de estos cursos suelen estar patrocinados por el EVES (Escola Valenciana de Estudis de la Salut), los que se enumeran son una selección del programa, pudiéndose realizar cualquiera que esté en dicho programa, aunque deben realizarse obligatoriamente aquellos que están incluidos en el plan transversal de nuestra comisión de docencia.

3.3. Congresos, Jornadas y Cursos de la Especialidad

- Curso de iniciación básico de la especialidad de la fundación SECOT. Dirigido a R1s • Asistencia al Curso Básico de Osteosíntesis del grupo AO.
- Se facilita la realización por parte de los Médicos Residentes de diferentes cursos y talleres, siendo habitual la realización de al menos uno o dos cursos cada año, por parte de cada Residente.
- También se estimula y se facilita la presentación de comunicaciones y póster a Jornadas y Congresos importantes de la Especialidad como los de la SECOT, SOTOCV, etc. Siendo obligatorio para los residentes de 4º y 5º año, y recomendable para el resto.
- Curso de revisión de COT para médicos residentes "Luís Munuera". Dirigido a R5s

3.4. Formación en Investigación y Publicaciones

El Servicio favorece y aconseja la realización por parte del Médico Especialista en Formación de la realización de la tesis doctoral, haciendo notar que a partir del 3er año de residencia se puede realizar dicha tesis sin necesidad de realizar algún tipo de master o cursos, ya que la formación MIR se convalida a los dos años.

Se subraya la importancia de la realización de estudios de investigación clínica por tener un valor formativo en metodología y por la inmediatez de los temas en la actividad práctica asistencial (Medicina basada en evidencias).

Estos estudios serán enviados a las publicaciones periódicas de la especialidad y/o comunicados oralmente en los Cursos o Congresos de la Especialidad.

Para las actividades mencionadas se imparten a lo largo del período de

Residencia: - Sesiones Bibliográficas de temas y casos clínicos.

- Curso de Metodología: principios de epidemiología clínica, estadística, evaluación de resultados, principios de Medicina Basada en la Evidencia.

Para ello se ha diseñado un plan de trabajo en que los residentes de primer año, deberán escoger dos temas para realizar una revisión, preferentemente prospectiva. Estos trabajos se

presentarán en comunicación oral en la SOTOCV cuando sean residentes de 4º año y en la SECOT cuando sean de 5º año.

También se establece que para acudir a un congreso de una sociedad tipo SEROD, SECCA, SECMA, etc. se deberá presentar como mínimo una comunicación oral para obtener el permiso.

Se permite la realización de cualquier trabajo científico: cartel científico, comunicación oral, para cualquier congreso, aunque el anterior párrafo establece los mínimos para asistir a un congreso.

La tutoría ofrece asesoramiento en materia de metodología de investigación, y demás cuestiones de forma, aunque la supervisión científica específica será por el adjunto responsable del trabajo, publicación en revista, o en libro.

El Hospital dispone de una biblioteca situada en la 1ª planta y el catálogo de la hemeroteca se puede consultar a través de este enlace:

<http://cs-hgen.c17.es/index.php/opac/opac/action/default/>

4.EVALUACIÓN DE RESIDENTES

Se realizará según las directrices marcadas por el RD 183/2008. Para ello al final cada rotación se cumplimentará una ficha por la unidad en la que este rotando (Anexo III). El conjunto de estas fichas de evaluación de la rotación se presentará a la comisión de docencia en las evaluaciones anuales.

También se realizarán evaluaciones continuadas con el propósito de autoevaluar la formación mediante las entrevistas personales, en las cuales se valoran las intervenciones quirúrgicas, con el grado de responsabilidad según conste en el libro de residente, que serán comparadas con un registro histórico de las mismas. Además de unas fichas de evaluación por parte de todos los adjuntos de la unidad en la que este rotando (Anexo IV).

Se implementarán progresivamente evaluaciones por competencias, desde evaluaciones teóricas, a evaluaciones tipo ECOE, llegando a evaluaciones tipo MiniCex, evaluación 360º, etc., siguiendo la pirámide de evaluación de Miller.

Así se establecerá una implantación progresiva de dicho plan de evaluación, empezando con evaluaciones teóricas sobre la rotación que están realizando, con preguntas multirespuesta tipo test. Dicha evaluación se realizará dos veces en la rotación, una a mitad de la misma y la otra al final. La primera servirá para ver cómo está adquiriendo conocimientos el residente en la rotación y la última para ver los conocimientos adquiridos.

Así las competencias teóricas de los residentes quedarán estructuradas de la siguiente manera:

- **1^{er} año:** Conocimientos básicos (anatomía, biofísica, principios de ostesíntesis, fisiología de la fractura, etc.)
- **2º año:** Raquis y hombro.
- **3^{er} año:** Rodilla, Cadera, Mano, Pie
- **4º año:** Mano, Pie, Ortopedia Infantil.
- **5º año:** Cadera, Rodilla, Repaso general especialidad.

Las competencias prácticas quedarán estructuradas de la siguiente manera:

- **1^{er} año:** Lavado quirúrgico de manos, colocación de bata y guantes estériles, exploración básica de COT, férulas, vendajes y yesos, Sutura.
- **2º año:** Exploración neurológica y de hombro; Colocación enfermo y de campo quirúrgico. Primeras osteosíntesis, y cirugía de fractura de cadera (a partir de este año y siguientes). Conocimientos básico de exploración neurológica, lesiones de raquis degenerativas y fracturas vertebrales.
- **3^{er} año:** Exploración de Rodilla, Cadera, Mano y Pie, Planificación prequirúrgica y realización de vías más comunes. Artroscopia rodilla. Cirugías sencillas de mano y pie. Diferentes vías de abordaje en fracturas sencillas
- **4º año:** Exploración Mano, Pie. Cirugías sencillas de mano y pie. Diferentes vías de abordaje en fracturas sencillas. Y al final intervenciones quirúrgicas de complejidad media. •
- 5º año:** Cadera, Rodilla, Realización de intervenciones de recambio articular primario de rodilla y cadera, y artroscopias de rodilla.

Al final de cada rotación el residente realizara un miniCex de varios pacientes con patologías diferentes de la patología de dicha rotación, adjuntando dicha valoración al expediente del residente.

También se realizará una evaluación de una o varias intervenciones quirúrgicas adecuadas a su nivel de residencia, propuesta por el equipo en el que está rotando, valorando todo lo concerniente a la intervención, desde antes de la entrada del paciente en quirófano (revisión de material, realización de comprobaciones previas, etc.), procedimientos previos de la intervención (lavado de manos, preparación de campo, etc.), la propia intervención, y posteriormente las comprobaciones finales y realización de hoja operatoria y petición de pruebas si fuera necesario.

En los seminarios y sesiones bibliográficas se evaluará la lectura crítica de artículos, debiendo valorar diferentes artículos y discernir cuales están metodológicamente bien hechos y también saber ver su relevancia clínica. Conocimientos de metodología de investigación. También en dichos seminarios al haber presentación de casos clínicos, se valorará los diagnósticos diferenciales, y actitud diagnostica (con petición de pruebas diagnósticas si procediera) y las diferentes actitudes terapéuticas, incluso con la planificación quirúrgica si procediera.

Todas estas evaluaciones prácticas, serán realizadas por uno o más tutores, más un adjunto del equipo que esté rotando, y se evaluarán conforme a un modelo predeterminado de ítems a realizar.

El residente deberá realizar una memoria anual de actividades, que será entregada al final del año de residencia en curso, junto con el libro de residentes debidamente cumplimentado. Utilizamos **el libro de residentes de la SECOT**, el cual se rellena de forma online, previa inscripción, y con una interfaz muy intuitiva y fácil de cumplimentar. Y que es de obligado cumplimiento por parte del residente.

Todos los resultados de las evaluaciones serán comentados al residente en las entrevistas ordinarias trimestrales o en entrevistas extraordinarias a tal efecto, tanto por su tutor responsable como por el conjunto de tutores.

Por su parte el residente deberá evaluar las rotaciones efectuadas mediante una memoria de actividad con una valoración personal de la misma, además de rellenar un cuestionario de valoración de esa rotación o actividad.

5. SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE

5.1.- NIVELES DE RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE

- Nivel 1: Actividades realizadas por el residente y observadas y/o asistidas en su ejecución por el Especialista. (R1)
- Nivel 2: Actividades realizadas directamente por el Residente bajo supervisión del tutor o personal sanitario especialista del Servicio, sin necesidad de observación directa. (R2-R3)
- Nivel 3: Actividades realizadas directamente por el Residente sin necesidad de tutorización directa. El Residente ejecuta y después informa. (R4-R5)

5.2.- APLICACIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD SEGÚN AÑO DE RESIDENCIA Y TAREA A DESEMPEÑAR

5.2.1 .- GUARDIAS O ÁREA DE URGENCIAS

El servicio de COT del HGUCs tiene estructurada la asistencia en el área de urgencias en dos bloques:

- El primero de 8-15h de la mañana, en el cual la asistencia de urgencias es atendida por un residente, con la supervisión de un especialista localizable a través de un teléfono corporativo. El residente que se ocupa de esta tarea es uno de nivel 2 o superior.
- El resto de 15h hasta las 8 del día siguiente, se ocupa el equipo de guardia, compuesto normalmente por 2 médicos especialistas, un medico residente de COT y otro medico residente de especialidad en rotación (Familia, Rehabilitación o Medicina del trabajo). Normalmente el residente de COT es de nivel 2 o superior, y en el cuarto sitio realizan las guardias los residentes de COT de nivel 1, con la norma de que un Residente de primer año debe estar en una guardia con residente de 3º año o superior.

5.2.2 .- ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

- Nivel 1: Actúa como ayudante en las intervenciones, con observación directa de actividades realizadas por el Facultativo y personal sanitario de quirófano.
- Nivel 2: Actúa como ayudante del Facultativo o primer cirujano con un Facultativo de ayudante en las intervenciones. Actividades del Residente bajo supervisión directa del Facultativo. La complejidad de las cirugías se va incrementado paulatinamente hasta que el Residente alcance total autonomía.
- Nivel 3: Actúa como ayudante del Facultativo en cirugías complejas y primer cirujano en cirugías de moderada complejidad. Actividades realizadas directamente por el Residente sin necesidad de una tutela inmediata del Facultativo.

Se buscará la participación en la mayor cantidad de operaciones, como ayudante y, una vez obtenido el hábito quirúrgico, comenzará su participación como cirujano, con la directa supervisión de los adjuntos. El Coordinador o tutor de residentes distribuirán la patología como resultado del trabajo, responsabilidad y capacidad del médico residente y no simplemente sobre la base de un orden cronológico rotativo.

5.2.3.- HOSPITALIZACIÓN

Debido al sistema de rotación la actividad en la planta de hospitalización es llevada a cabo por un residente de nivel 2 o superior.

La atención en planta está encaminada al cuidado y/o estudio de los enfermos que por su patología han necesitado un cuidado continuado, los pacientes intervenidos de manera programada o de urgencia, y los pacientes de otras especialidades que precisan atención de nuestra especialidad por presentar un cuadro concomitante (pases de interconsulta). Prescribir el tratamiento y actualizarlo según la evolución del paciente. Controlar el estado de los pacientes y solicitar las pruebas complementarias necesarias. Realizar las anotaciones en la historia clínica. Detección de complicaciones. Dirigir y apoyar al personal a su cargo en el trato con los pacientes. Informar a los pacientes y familiares de manera adecuada, con respeto y profesionalidad. Proponer el momento del alta y realizar, supervisado, el informe pertinente. Programar las visitas para revisión en consulta si es preciso.

Todo siempre bajo la supervisión de un medico especialista según el propio nivel del residente.

5.2.4.- CONSULTAS EXTERNAS

En las consultas externas, también como en hospitalización dado el itinerario formativo, los residentes serán de nivel 2 o superior.

El residente debe realizar en las primeras visitas, la anamnesis y exploración física pertinente, además de solicitar las pruebas complementarias necesarias. En las visitas sucesivas, la valoración de pruebas complementarias solicitadas anteriormente, así como la valoración de la evolución del proceso del paciente, ya sea postquirúrgico o no.

Siempre bajo la supervisión de un medico especialista según el propio nivel del residente.

5.3 - SITUACIONES O ACTIVIDADES QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE COT

- Toda actividad quirúrgica debe consultarse previamente con el facultativo responsable, que decidirá tanto la técnica a emplear como la adecuación o no del procedimiento al grado de formación del residente. Según avance en sus años de formación, el residente tendrá cada vez un papel mayor en esta toma de decisiones quirúrgica.
- Sospecha de enfermedades graves, como embolismo pulmonar, etc.
- Síndromes compartimentales.
- Lesiones medulares.
- Lesiones vasculonerviosas o sangrado agudo.

- Valoración del politraumatizado.
- Situaciones que requieran reanimación cardiopulmonar.
- Informes de exitus al juzgado.

Para más información ver el protocolo de supervisión del residente de COT

6. GUARDIAS

El residente durante la estancia en el servicio deberá realizar una serie de guardias médicas, en las cuales prestará una asistencia en la puerta de urgencias de Trauma donde valorará las patologías urgentes comunes, bajo el criterio de responsabilidad creciente. También bajo el mismo criterio realizará los tratamientos quirúrgicos urgentes.

Debido a que la patología traumática urgente tiene un gran componente aleatorio, desde la tutoría se ha estudiado que el número ideal de guardias a realizar sería no más de 5 y no menos de 3, ya que así se tendría la probabilidad de ver la gran variedad de patología urgente traumática.

La guardia en COT se compone de 3 miembros (2 adjuntos y 1 residente), con un cuarto lugar para los residentes que estén en rotación por nuestro servicio. Debido a que no hay el suficiente número de adjuntos para cubrir esos huecos, ese segundo lugar puede ser ocupado por un residente, preferiblemente mayor, si no se han cubierto por los adjuntos.

El número de guardias a realizar serán desde un mínimo de 3 a un máximo de 5 por mes (según orden de Dirección Económica).

La normativa vigente explica que los residentes deben tener una responsabilidad progresiva, ello conlleva que el residente de primer año, no puede firmar los informes de alta sin una supervisión de presencia física. Es por ello que el residente de primer año, debe realizar la guardia con un residente de tercer año o superior. Por el mismo motivo tampoco deben coincidir residentes de primer año con residentes de primer año de otras especialidades, que estén ocupando un hueco de cuarto.

El hueco llamado de cuarto, será utilizado por los residentes de Familia, Rehabilitación y Trabajo, excepcionalmente será utilizado por los residentes de primer año de COT hasta completar el mínimo de guardias establecido. Se establecerá una rueda para que no sea sistemáticamente el mismo adjunto el que esté con un residente de primer año, y así haya un reparto equitativo con todos los adjuntos de guardia, en esta situación el residente de primer año ocupará el lugar de cuarto si hay dos adjuntos de guardia.

Las tareas dentro de la guardia (puerta, planta, quirófano), se establecerán internamente por el equipo de guardia, para garantizar la presencia de un miembro de la guardia en la puerta de urgencias.

La libranza de la guardia, es de obligado cumplimiento. En este sentido se aplica la misma normativa que los adjuntos. Siendo obligatorio un periodo de descanso de 12h seguidas después de una jornada de 24h ininterrumpidas, es decir de 8h de la mañana a 20h de la tarde, lo que también incluye los quirófanos de las tardes. *Ello no quiere decir que, si el residente en su periodo de descanso decide observar una intervención quirúrgica o una consulta externa, **SIN** realizar tarea asistencial de ningún tipo (este punto ha sido comentado con el Presidente anterior de la Comisión de Docencia, Dr. Tosca), pueda estar presente.* Teniendo en cuenta que un residente realiza una media de 264 guardias en el total de su residencia, mas sus libranzas, este periodo representa 1.4 años, con lo que uno está perdiendo un tiempo de formación. Por tanto, la tutoría informa que, si bien la ley dice que la libranza es obligatoria, no hay ninguna ley que impida al residente a estar en el hospital, para observar una consulta por ejemplo.

Cambios de guardias, sujetos a las normas generales del servicio y específicas de los residentes con la cumplimentación de los formularios correspondientes. La compra de guardias a los adjuntos por parte del residente se hará de una manera clara, colocando el cambio en la pizarra de guardias, se escribirá entre paréntesis el residente que compra la guardia al lado del adjunto que la vende, y por supuesto sin sobrepasar el número máximo de guardias, según la simulación de guardias anuales que efectúa la Tutoría y entrega a los residentes encargados de colocar las guardias a principio de año. Además, el propio residente debe dejar sus tareas del día posterior solucionadas, sin detrimento de sus compañeros.

Las guardias y tareas serán autogestionadas por los residentes de 4º año. Los cuales deberán entregar el borrador de las guardias en formato PDF al correo de la tutoría antes del día 15 del mes anterior, para supervisión y visto bueno de la tutoría. De no estar entregado en ese plazo, será la tutoría la que distribuirá las guardias y las tareas.

Las tareas serán colocadas con una distribución ligeramente asimétrica positiva según la jerarquía, es decir el R5 llevará menos buscas que el R4 y así sucesivamente.

7. NORMAS Y REGULACIONES DEL SERVICIO

Los residentes tienen los mismos derechos y obligaciones laborales que cualquier facultativo especialista del servicio, aunque no la misma responsabilidad. El residente al no tener la misma responsabilidad que un adjunto, no debería asumir tareas asistenciales que pertenezcan a un adjunto, como consulta externa o ambulatoria, salvo en circunstancias excepcionales en la cuales no haya personal disponible, y siendo en ese caso preferentemente un residente mayor (4 o 5). En situaciones de bajas laborales de un adjunto estas consultas deberían ser realizadas por otro adjunto. En el caso de ayudantía a quirófanos de otros equipos diferentes al suyo adscrito, por carecer de personal esos quirófanos y no haber adjuntos disponibles, el residente que acudirá será el que determine un tutor.

7.1 PERMISOS

Cualquier permiso que solicite un residente está sujeto a las mismas normas que rigen para los adjuntos del servicio, debe pedirse con el formulario correspondiente y con la suficiente antelación. Con el único añadido del formulario específico para residente, el cual será firmado por uno de los tutores (el cual aceptará o denegará el permiso), y por el adjunto responsable del equipo, este último solo será un acuso de recibo conforme el equipo es sabedor que en ese periodo el residente no estará en el equipo. Solo cuando este formulario específico esté rellenado adecuadamente y firmado debidamente por uno de los tutores y el adjunto responsable del equipo, el jefe de servicio valorará el permiso aceptándolo o denegándolo con los mismos criterios para el resto de personal del servicio.

Se considera que, para un funcionamiento óptimo de las tareas asignadas a los residentes, debe haber una presencia física de residentes en el servicio en un número mínimo de 3 (Busca, Cadera, quirófano). Por tanto, los permisos que se pidan estarán sujetos a que haya por lo menos 3 residentes en el servicio, aparte del/de los que libre/n la guardia, es decir a los 3 hay que sumar los que libren la guardia.

En el caso que el residente que pida el permiso, sea el que esté en la consulta ambulatoria de Almassora, deberá rellenar igualmente el modelo de solicitud de anulación de consulta y en los términos previsto por la jefatura del servicio, igual como lo hacen los adjuntos del servicio.

7.2 DIAS DE LIBRE DISPOSICIÓN

Actualmente son un número de 6 al año que se puede disfrutar hasta el 15 de enero del año siguiente, la solicitud debe realizarse con una antelación de unos dos meses (excepto en casos excepcionales), y en las mismas condiciones para disfrutarlos que los adjuntos. En periodo de Semana Santa y Navidad, al igual que los adjuntos solo pueden disfrutarse en una de las dos semanas en que se dividen dichos periodos.

Estos días serán de elección propia del residente y no del equipo en que este adscrito, el cual se tendrá que adaptar a la ausencia del residente en esos días. Los residentes elegirán los días siguiendo el orden jerárquico de R5 a R1, tal como se viene realizando históricamente en el servicio, a excepción de necesidades del servicio o situaciones excepcionales, en dicho caso será la Tutoría, con la aprobación de la Jefatura de Servicio quien asignará dichos días.

7.3 VACACIONES

Las vacaciones deberán disfrutarse en las mismas condiciones que el resto del servicio, es decir preferentemente en el periodo vacacional, y deberán ser notificadas en el mismo plazo que establece dirección para los adjuntos.

Si un residente opta por solicitar los 5 días fuera del periodo vacacional, la concesión de los mismos estará sujeta a las necesidades del servicio, a las condiciones previamente dichas para concesión de los permisos, y deberán pedirse con una antelación de dos meses. Estos días solo se pueden disfrutar hasta el día 31 de diciembre.

Las vacaciones al igual que los días de libre disposición, serán de elección propia del residente según los condicionantes de elección de las mismas, es decir siguiendo un orden jerárquico de R5 hacia R1, y las situaciones excepcionales. Los residentes mayores (R4 y R5) se repartirán las vacaciones de manera, que no coincidan más de dos de vacaciones a la vez. Los equipos se tendrán que adaptar a la ausencia del residente.

7.4 CURSOS

Los permisos para cursos y congresos son, como establece las normas de funcionamiento de nuestro hospital, de 40h lectivas. Deben ser pedidos mediante el formulario oficial y con una antelación mínima de un mes. Se establecerá una serie de cursos básicos a los cuales el residente debe asistir, ver lista en última página de este escrito.

Los permisos se concederán por orden de llegada, teniendo prioridad el primero que lo solicite. En caso de conflicto, por ejemplo, dos residentes piden el permiso a la vez, se establece como prioridad el orden jerárquico de los mismos.

Para cualquier conflicto en cualquier cuestión relacionada con los residentes se resolverá preferentemente por orden jerárquico, pero evitando posibles abusos de residentes mayores hacia residentes menores que hayan realizado correctamente los procedimientos. Siendo los tutores una especie de tribunal de arbitraje, cuando no haya acuerdo entre residentes, dando resolución al problema planteado.

8. RELACION DE OBJETIVOS DOCENTES DEL RESIDENTE DE COT

Este capítulo pretende recoger todos los objetivos docentes que el residente debe conseguir realizar para una formación completa en nuestra especialidad. Se estructura en diversas partes:

- objetivos generales de su formación.
- objetivos de las rotaciones básicas.
- objetivos estructurados por regiones anatómicas, que corresponden a los diferentes equipos de nuestro servicio.
- objetivos de las posibles rotaciones externas.
- objetivos docentes por año de residencia, que deberían realizarse para conseguir la responsabilidad progresiva del residente.

En otro bloque se recogen las habilidades quirúrgicas que el residente debería tener al finalizar su residencia, según la *ORDEN SCO/226/2007 de 24 de enero, publicado en BOE nº33 7/02/2007*

8.1 OBJETIVOS GENERALES

8.1.1 - Estructura, función, respuestas reparadoras y generalidades de biología celular y molecular, inmunología y genética:

- del tejido óseo.
- del aparato de crecimiento óseo y la fisis.
- del cartílago y la membrana sinovial.
 - de los meniscos, los tendones, ligamentos y sus inserciones.
- del músculo y la unión miotendinosa.
- de los nervios y los vasos del aparato locomotor.

8.1.2 - Biomecánica y biomateriales: principios generales; propiedades biomecánicas de los tejidos, biomecánica de los huesos y las articulaciones, bases biomecánicas de los procedimientos terapéuticos. Tipos y propiedades mecánicas de los biomateriales: metales, cerámicas, polímeros; reacciones locales y generales del organismo; principios de diseño de implantes osteoarticulares.

8.1.3 - Patología general de los procesos sistémicos del aparato locomotor y de sus estructuras asociadas; enfermedades metabólicas y endocrinopatías; enfermedades de la sangre; tumores óseos, articulares y de tejidos blandos; infecciones; conectivopatías y artropatías inflamatorias; artropatías degenerativas; alteraciones genéticas y displasias del esqueleto; enfermedades neurológicas y musculares.

8.1.4 - Principios generales de terapéuticas relacionadas: quimioterapia y radioterapia oncológica, profilaxis y terapéutica antimicrobiana y antivírica, hemoterapia, profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica, inflamación, dolor agudo y crónico, medicina física y rehabilitación, prótesis externas y ortesis.

8.1.5 - Técnicas especiales de diagnóstico funcional y por imagen: electromiografía, interpretación de la ecografía, la TC, la RM y densitometría.

8.1.6 - El laboratorio en la patología del aparato locomotor

8.1.7 - Complicaciones en las fracturas

- Cutáneas.
- Vasculares.
- Lesiones nerviosas.
- Síndrome de embolia grasa.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo Pulmonar.
- Retraso de consolidación y pseudoartrosis.
- Consolidación viciosa.

8.1.8 – Politraumatizado

- Manejo inicial del politrauma importante.
- Establecimiento de prioridades de tratamiento.
- Los efectos sistémicos del trauma.
- Patrones de lesión.
- Control de grandes hemorragias.
- Evaluación y control de las principales lesiones múltiples de las extremidades.

8.2 OBJETIVOS ROTACIONES BÁSICAS

8.2.1 - OBJETIVOS DOCENTES DE ANESTESIA REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

- Conocimiento de las técnicas de anestesia, indicaciones y contraindicaciones. •
Conocimiento de las medicaciones.
- Evaluación preoperatoria. Especialmente en pacientes pluripatológicos. Clasificación ASA.
- Colocación y posición del paciente anestesiado. Cuidados de las úlceras de apoyo y lesiones por compresión.
- Control del paciente anestesiado.
- Intubación endotraqueal y Técnicas de ventilación. Habilidades básicas en intubación. •
Conocimiento e indicaciones de las vías periféricas y centrales.
- Técnicas de anestesia local y regional, indicaciones y contraindicaciones.
- Manejo del dolor agudo, medicaciones, técnicas asociadas.
- Manejo del dolor crónico, medicación (AINES, mórnicos ...), técnicas asociadas. •
- Cálculo del balance de líquidos y electrolitos. Balances nitrogenados.
- Reposición del volumen sanguíneo. Técnicas de hemodilución y autotransfusión pre y postoperatoria.
- Toracocentesis y vías centrales.
- Conocimiento del circuito y aprovechamiento de la Unidad de Cirugía sin Ingreso.

8.2.2 - OBJETIVOS DOCENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

- Manejo de heridas de la piel y partes blandas.
- Técnicas y tipos de sutura.
- Cobertura cutánea:
 - Injertos libres. Toma y aplicación de injertos cutáneos, dérmicos, grasos, tendinosos, cartilaginosos, óseos.
 - Colgajos simples. Obtención y aplicación de colgajos pediculados, colgajos musculares y músculo-cutáneos.
- Quemaduras y sus secuelas.
- Cobertura ósea en fracturas abiertas.
- Cirugía de la mano. Cobertura en traumatismos complejos de la mano. Reconstrucción del pulgar. Secuelas postraumáticas de la mano.
- Anomalías congénitas del miembro superior.
- Tratamiento quirúrgico de las pérdidas de sustancia cutánea. Técnicas de cierre de heridas, cuando la sutura directa no es posible.
- Tratamiento y profilaxis de las úlceras de decúbito.
- Organización de un banco de piel.

8.2.3 - OBJETIVOS DOCENTES DE CIRUGIA VASCULAR

- Exploración física del sistema circulatorio periférico.
- Historia clínica de la patología arterial y venosa de las extremidades.
- Conocer y diagnosticar la patología urgente desde el punto de vista vascular en las extremidades.
- Conocer y saber interpretar las exploraciones complementarias más habituales (arteriografías, Eco Doppler,...).
- Participación activa en intervenciones quirúrgicas habituales.
- Conocimiento de las técnicas de la sutura arterial y venosa.
- Embolectomía en extremidades.
- Evaluación de los pacientes con trombosis venosa y pauta terapéutica correspondiente.
- Principios generales de la Cirugía de exéresis en los cuadros de isquemia de las extremidades (amputaciones).
- Valoración de las lesiones vasculares agudas y crónicas
 - Abordajes quirúrgicos a los principales troncos vasculares relacionados con el aparato locomotor.

8.2.4 - OBJETIVOS DOCENTES POR ATENCIÓN PRIMARIA

- Comunicación asistencial.
- Relación médico-paciente.
- Faceta preventiva y asistencial de la especialidad de medicina familiar y comunitaria (individuo, familia y comunidad con un enfoque bio-psico-social).
- Razonamiento clínico en un contexto de alta incertidumbre diagnóstica y alta frecuentación.
- Conocer aspectos básicos relativos a la organización, funcionamiento y gestión de los centros de salud.

8.2.5 - OBJETIVOS DOCENTES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

- Fundamentos, indicaciones generales y eficacia de las opciones terapéuticas.
- Exploración del aparato locomotor. Semiología y valoración funcional; balance articular y potencia muscular. Métodos de examen.
- Manejo del paciente postoperado en fracturas articulares.
- Manejo del seguimiento de las lesiones tendinosas de la mano. Movilización pasiva controlada;
- Manejo del paciente con patología de raquis: Desviaciones axiales, Escoliosis del adolescente. Tratamiento ortopédico, utilización de los diferentes tipos de corsés.
- Estudio de la marcha. Pie plano laxo infantil. Genu varo- valgo infantil.
- Exploración neurológica: Parálisis agudas. Espásticos.
- Indicaciones generales de los distintos tipos de ortésis y prótesis externas.
- Discapacidad e invalidez.

8.3 OBJETIVOS DE ROTACIONES POR AREAS TOPOGRÁFICAS

8.3.1 OBJETIVOS DOCENTES SEGÚN LA SICOT EN EQUIPO DE MANO, MUÑECA Y CODO (EQUIPO A)

8.3.1.1 PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

- Fracturas de Olécranon.
- Fracturas de cabeza de radio.
- Luxaciones de codo.
- Fracturas diafisarias de antebrazo (Monteggia, Galeazzi).
- Fracturas de extremidad distal de radio.
- Lesiones de la articulación radiocubital distal.
- Fracturas-luxaciones carpianas.
- Fracturas-luxaciones carpo-metacarpianas (incluyendo Bennet y Rolando).
- Fracturas de falanges y lesiones ligamentosas (incluyendo la lesión de Stener).
- Lesiones tendinosas.
- Lesiones nerviosas periféricas.

Teórico

- Conocimiento de la anatomía de la mano, muñeca, antebrazo y codo.
- Biomecánica normal de la zona, y sus implicaciones patológicas.
- Historia clínica y exploración completa.
- Técnicas diagnósticas.
- Valoración radiológica (normal y patológica).
- Clasificaciones y evaluaciones funcionales.
- Complicaciones y lesiones asociadas.
- Indicación quirúrgica.
- Tipos de tratamiento conservador.
- Vías de abordaje.

Técnico

- Reducción cerrada de fracturas y luxaciones.
- Tratamiento quirúrgico de la fracturas (RAFI, Fijación externa, enclavado endomedular, fijación percutánea).
- Tratamiento quirúrgico de las lesiones tendinosas (técnicas, pautas de RHB, ...).
- Tratamiento quirúrgico de las lesiones ligamentosas.

8.3.1.2 PATOLOGIA ORTOPÉDICA

- Inestabilidad de codo.
- Artrosis de codo.
- Consolidación viciosa de extremidad distal de radio.
- Lesiones del fibrocartílago triangular.

- Pseudoartrosis de escafoides.
- Inestabilidades carpianas.
- Artrosis de muñeca (Concepto SLAC, SNAC, ...).
- Rizartrosis.

- Inestabilidad ligamentosa.
- Mano reumática.
- Mano espástica.
- Secuelas de lesiones nerviosas periféricas.

Teórico

- Conocimiento detallado de la biomecánica de codo y muñeca).
- Conocimiento detallado de la patogénesis, la historia natural y las complicaciones.
- Valoración clínica, exploración física detallada y valoración radiológica.
- Clasificaciones.
- Métodos diagnósticos.
- Tratamiento conservador (medicamentos, ortesis, fisioterapia, ...).
- Indicaciones quirúrgicas.

Técnico

- Osteotomias.
- Reparación ligamentosa, capsulodesis, tenodesis, etc.
- Artrodesis parciales o totales.
- Artroplastias (tipos y modificaciones)
- Artroscopia de muñeca y codo.
- Transferencias tendinosas.

8.3.2.1 PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

- Fracturas de fémur distal
- Lesiones de los ligamentos y luxaciones de rodilla
- Luxaciones y fracturas de rótula
- Lesiones meniscales
- Fractura meseta tibial

Teórico

- Valoración clínico-radiológica.
- Clasificación.
- Complicaciones y lesiones asociadas.
- Indicaciones para la cirugía.
- No quirúrgico (yeso, refuerzos moldeados, yesos funcionales).

Técnicas

- Tratamiento quirúrgico de las lesiones agudas (RAFI, Enclavado medular, Reparación de lesiones en partes blandas de manera artroscópica o abierta).
- Tratamiento de las complicaciones de las lesiones (incluidas la consolidación viciosa, la pseudoartrosis, etc).
- Tratamiento ortopédico.

8.3.2.2 PATOLOGÍA ORTOPÉDICA

- Patología degenerativa de la rodilla
- Inestabilidad crónica de la rodilla
- Patología fémoro-rotuliana

Teórico

- Anatomía de la región
- Evaluación de la biomecánica factores predisponentes (clínica, artroscópica, radiológica).
- Evaluación de la inestabilidad de los ligamentos.
- La indicación de cirugía.
- Indicaciones de los principios de la osteotomía femoral distal.
- Indicaciones para el reemplazo total de la articulación, reemplazo parcial y la artrodesis.

Técnico

- Artroscopia diagnóstica, Sinovectomía, Extirpación artroscópica de cuerpos libres, Desbridamientos.
- Osteotomías tibiales y femorales.
- Artrodesis

- Patelectomía.
- Reemplazo articular en todas sus modalidades.
- Técnicas de realineación rotuliana (abierta o artroscópica), Patelectomia, Hemipatelectomia.

8.3.3 OBJETIVOS DOCENTES SEGÚN LA SICOT EN EQUIPO DE RAQUIS (EQUIPO C)

8.3.3.1 PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

- Fracturas de Atlas.
- Fracturas de Axis y Odontoides.

- Fracturas-luxaciones cervicales.
- Fracturas-luxaciones torácicas.
- Fracturas-luxaciones lumbares.
- Fracturas sacroiliacas.
- Lesiones raquimedulares.

Teórico

- Conocimiento de la anatomía de la columna vertebral, incluyendo la vascularización de la medula espinal.
- Biomecánica normal de la columna y de sus lesiones.
- Historia clínica y el examen neurológico completo y su interpretación
- Fisiopatología de la lesión medular
- La evaluación radiológica incluyendo mielografía, TC, RM, EMG, etc.
- Clasificaciones y evaluaciones funcionales.
- Patrones de déficit neurológico
- Complicaciones y lesiones asociadas
- Indicación quirúrgica inmediata o diferida
- Tipos de tratamiento conservador (RHB, ortesis, etc.)
- Vías de abordaje y la instrumentación

Técnico

- Reducción cerrada de fracturas y fractura-luxaciones
- Colocación de sistema de tracción mediante halo y halo-jacket
- Tratamiento quirúrgico de las fracturas agudas y fractura-luxación incluyendo la descompresión (posterior) y estabilización.
- Estabilización de inestabilidad crónica

8.3.3.2 PATOLOGÍA ORTOPÉDICA

- Degeneración e inestabilidad de la columna.
- Enfermedad degenerativa del disco.
- Inestabilidades mecánicas (Espondilolisis, espondilolistesis, etc.).
- Estenosis de canal.
- Infecciones (Discitis, espondilodiscitis, tuberculosis, etc.).
- Enfermedad tumoral y las biopsias.
- Deformidades del raquis (Escoliosis, Cifosis, hiperlordosis, ...).

Teórico

- Conocimiento detallado de la biomecánica del segmento de movimiento (Normal y patológico).

- Conocimiento detallado de la patogénesis, los resultados y las complicaciones.
- Valoración clínica y radiológica, examen neurológico detallado.
- Clasificación.
- Métodos diagnósticos.
- Tratamiento conservador (medicamentos, ortesis, fisioterapia, ...).
- Indicaciones quirúrgicas.

Técnico

- Las técnicas mínimamente invasivas (p.e. Rizolisis, ...).
- Laminotomía y discectomía.
- Foraminotomía.
- Osteotomías vertebrales, sustracciones pediculares, etc.
- Prótesis disciales.
- Dispositivos intersomáticos e interespinosos.
- Instrumentaciones anteriores o posteriores, fusiones vertebrales, etc.

8.3.4 OBJETIVOS DOCENTES SEGÚN LA SICOT EN EQUIPO DE CADERA (EQUIPO D)

8.3.4.1 PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

- Fracturas de Pelvis.
- Fractura acetábulo.

- Luxación de cadera.
- Fractura subcapitales.
- Fractura pertro e intertrocanterea.
- Fractura Subtrocanterea.
- Fractura de la diáfisis femoral.
- Fracturas periprotésicas.

Teórico

- El conocimiento completo de la anatomía pélvica y femoral (esquelética, vascular, visceral y neurológica).
- Biomecánica de la Pelvis y cadera, fuerzas estabilizadoras, bidepedestación y marcha. - Evaluación clínica incluyendo lesiones asociadas.
- Evaluación radiológica, proyecciones estándar, proyecciones especiales, técnicas específicas (Urológica y vascular).
- Clasificaciones y su relación con la estabilidad, el tratamiento y el pronóstico.
- Complicaciones.
- Indicaciones para la cirugía.

Técnico

- Tratamiento no quirúrgico (Reducción cerrada, tracciones,...)
- Tratamiento quirúrgico de las fracturas incluyendo fijación externa e interna, incluso reemplazo protésico.
- Manejo de las complicaciones intra y postoperatorias.

8.3.4.2 PATOLOGÍA ORTOPÉDICA

Artrosis de cadera

Teórico

- Etiología de la artrosis y factores predisponentes.
- Evaluación clínica y funcional de la cadera y su exploración.
- Biomecánica de las osteotomías (pélvica o femoral) y de las artroplastias.
- Tipos de artroplastias y sus modalidades.
- Las indicaciones de cirugía.
- Complicaciones y lesiones asociadas.
- Indicaciones para la cirugía de revisión para el reemplazo total de la articulación.

Técnico

- Artroplastia parcial y total de cadera
- Técnica de revisión PTC sin pérdida severa del hueso
- Manejo ortopédico de la fractura.

Lesiones por sobreuso

- Fracturas por sobrecarga
- Tendinitis de los aductores, Pubalgia, sde. del piramidal)

Teórico

- Valoración clínica y radiológica
- Diagnóstico diferencial de dolor en la ingle (con especial referencia a los síndromes de sobrecarga)
- Lesiones asociadas
- Pruebas complementarias (gammagrafía ósea, artrografía, artroscopia, EMG,...)
- Manejo ortopédico (medicación, fisioterapia, ortopedia)
- Indicaciones para la cirugía

Técnico

- Artroscopia diagnóstica.
- Tenotomías, etc.

8.3.5. OBJETIVOS DOCENTES SEGÚN LA SICOT EN EQUIPO DE HOMBRO (EQUIPO

E) 8.3.5.1 PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

- Fracturas de la región del hombro (Escápula, artic. Esternoclavicular, Clavícula, Acromioclavicular, Glena, Acromion)
- Fracturas de la extremidad proximal del húmero.

- Lesiones de la artic. Glenohumeral (luxaciones, roturas de labrum, rotura aguda del manguito de los rotadores, etc.)
- Fractura de diáfisis humeral
- Fracturas de Húmero distal (inter y supracondíleas).

Teórico

- Valoración clínico-radiológica.
- Clasificación.
- Complicaciones y lesiones asociadas.
- Indicaciones para la cirugía.
- No quirúrgico (yeso, refuerzos moldeados, yesos funcionales).

Técnicas

- Tratamiento quirúrgico de las lesiones agudas (RAFI, Enclavado medular, Reparación de lesiones en partes blandas de manera artroscópica o abierta).
- Tratamiento de las complicaciones de las lesiones (incluidas la consolidación viciosa, la pseudoartrosis, etc).
- Tratamiento ortopédico.

8.3.5.2 PATOLOGÍA ORTOPÉDICA

- Patología degenerativa del hombro
- Lesiones por sobreuso del hombro (Tendinitis del manguito, Tendinitis del bíceps,...)

Teórico

- Anatomía de la región
- Evaluación de la biomecánica factores predisponentes (clínica, artroscópica, radiológica).
- Evaluación de la inestabilidad de los ligamentos.
- La indicación del tratamiento quirúrgico y conservador.
- Indicaciones de la cirugía descompresiva y reparadora (Acromioplastia, sutura del manguito,...) artroscópica o abierta.
- Indicaciones para el reemplazo total de la articulación, reemplazo parcial y la artrodesis.

Técnico

- Artroscopia diagnóstica y terapéutica.
- Tratamiento de la inestabilidad crónica (Abierto o artroscópico).
- Acromioplastia (Abierta o artroscópica).

- Escisión distal de la clavícula.
- Reemplazo articular en todas sus modalidades.
- Tratamiento ortopédico de la patología (infiltraciones, fisioterapia, ...).

8.3.6 OBJETIVOS DOCENTES SEGÚN LA SICOT EN EQUIPO DE PIE Y TOBILLO (EQUIPO F)

8.3.6.1 GENERAL

- El conocimiento detallado de la anatomía del pie y tobillo normal, y su biomecánica.

- Reconocimiento de patrones comunes de los pies y su predisposición a los síntomas (Variaciones de la anatomía normal), incluyendo los factores biomecánicos predisponentes
- La capacidad para llevar a cabo una evaluación clínica integral (Incluyendo la evaluación biomecánica, esteras de estrés, examen neurovascular).
- El conocimiento detallado de la apariencia normal y radiológica del pie y tobillo.
- Investigación electrofisiológica y la artroscopia del tobillo.

8.3.6.2 PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

- Fractura diáfisis tibial
- Fractura de tibia distal.
- Fracturas de tobillo.
- Lesiones ligamentosas y luxaciones.
- Tarso (Fracturas y luxaciones).
- Fracturas de astrágalo.
- Luxación Sub-Talar.
- Fracturas de calcáneo.
- Las fracturas del tarso.
- La luxación tarso-metatarso (Lisfranc).
- Fractura del metatarso y falanges.

Teoría

- Valoración clínica y radiológica.
- Clasificación.
- Complicaciones y lesiones asociadas.
- Indicaciones para la cirugía.

Técnica

- Tratamiento quirúrgico (RAFI, enclavijado endomedular, fijación percutánea, reparación ligamentosa, etc.).
- Reconstrucción tardía por complicaciones.
- Tratamiento ortopédico (yesos, férulas, etc.).

8.3.6.3 PATOLOGÍA ORTOPÉDICA

TOBILLO

- La osteocondritis disecante
- Articulación Subastragalina

- Pes Planus Hipermóviles
- Pie plano espástico
- Las fracturas del proceso lateral

TARSO Y TARSOMETATARSIANA

- El pie cavo
- Pie artrosico
- Metatarsfalángica
- Sesamoideos
- Neuroma
- Deformidades de los dedos (Hallux valgus, Hallux rigidus, Dedos en garra, Dedos en martillo, etc.).

PATOLOGIAS ESPECIALES

- Neuropático (Diabetico, Charcot).
- Pie paralítico.
- Pie reumatoide.

Teoría

- Etiología.
- Valoración clínica y radiológica.
- Diagnóstico diferencial.
- Clasificación.
- Tratamiento ortopédico.
- Indicaciones para la cirugía.

Técnico

- Artroscopia.
- Tratamiento quirúrgico (Artroplastias, artrodesis, Tenotomías, Osteotomias, transferencias tendinosas). Procedimientos abiertos o percutáneos.
- Tratamiento ortopédico (ortesis, plantillas, separadores, ...).

LESIONES POR SOBREUSO

- **Pie**, Metatarsalgias, Fascitis plantar, Fracturas de estrés, Tendinitis del tibial posterior • **Tendón de Aquiles**, rotura degenerativa.
- **Pantorrilla** (síndrome compartimental, vascular insuficiencia, fractura por sobrecarga, tendinitis, periostitis).

Teoría

- Evaluación clínica y radiológica de dolor en el pie.
- Diagnóstico diferencial.
- El conocimiento detallado de la biomecánica de la carrera, normal y patológico (predisposición en pie cavo o planovalgus).
- Tratamiento ortopédico (calzado, aparatos ortopédicos especiales, horarios de entrenamiento).
- Técnicas diagnósticas (estudios de compartimiento de presión, gammagrafía ósea, evaluación vascular).

Técnico

- Tratamiento quirúrgico. (Técnicas comunes a patologías anteriores).

8.4 ROTACIONES EXTERNAS MAS USUALES

8.4.1 ORTOPEDIA INFANTIL

Teórico

- Conocimiento del desarrollo normal óseo infantil.
- Alteraciones del crecimiento (raquitismo, osteomalacia,...)
- Enfermedades del desarrollo de la cadera (Displasia congénita de cadera, Enfermedad de Perthes, epifisiolisis,...)
- Pie equino varo. Pie plano.
- Genu varo-valgo. Epifisiodesis.
- Malformaciones de extremidad superior e inferior.
- Secuelas de Parálisis Cerebral Infantil (espasticidad, etc.)

Técnico

- Despiñaje de luxación congénita de cadera, y su tratamiento.
- Tratamiento del pie equino varo. (ortopédico y quirúrgico)
- Epifisiodesis.
- Tenotomías.
- Osteotomías femorales y tibiales.

8.4.2. TUMORES Y SEPTICOS

Teórico

- Clasificación y estadiaje de tumores.
- Características de los tumores más frecuentes.
- Lesiones pseudotumorales.
- Indicación de técnica quirúrgica, según tumor.
- Osteomielitis crónica y aguda.
- Aflojamientos sépticos de prótesis.

Técnico

- Biopsia y resección tumoral.
- Tratamiento quirúrgico de la osteomielitis.
- Recambios protésicos.

8.4.3 UNIDAD DE REIMPLANTES

Teórico

- Conocimiento de la anatomía y vascularización de las regiones donantes de injerto.
- Tipos de colgajos y su indicación.
- Indicación de reimplante, injerto reconstructivo o amputación.
- Principios de microcirugía: material, instrumental, técnica, ...
- Anastomosis vasculares y suturas nerviosas.
- Indicación de cirugía secundaria de lesiones nerviosas.

Técnico

- Realización de colgajos simples.
- Realización de injertos cutáneos.
- Realización de sutura nerviosa y vascular.
- Realización de amputaciones.

8.4.4 UNIDAD DE ARTROSCOPIAS

Cirugía artroscópica de las regiones:

- Hombro
- Cadera
- Tobillo
- Rodilla

Teórico

- Conocimiento de la anatomía y biomecánica.
- Patofisiología de las lesiones.
- Opciones terapéuticas.
- Indicación quirúrgica y de las técnicas especiales.
- Seguimiento evolutivo del paciente.

Técnico

- Preparación del quirófano.
- Colocación del enfermo.
- Sistemática de exploración artroscópica.
- Utilización de utensilios y mecanismos especiales para la resolución de la patología.

8.5 OBJETIVOS POR AÑO DE RESIDENCIA

8.5.1 OBJETIVOS DOCENTES DEL RESIDENTE DE PRIMER AÑO

Adaptación al Hospital

- Conocimiento del mismo
- Relación con los compañeros del Servicio

- Integración en la dinámica laboral del Servicio
- Adaptación a los horarios
- Adaptación a la actividad de Urgencias

Sesiones

- Sesión diaria de ingresos (08:15h)
 - Ver dinámica de presentación.
 - Inicio en la presentación de ingresos y cambio de guardia.
- Sesión General del Servicio (jueves 08:30h)
 - Inicio en la presentación de exposiciones de carácter monográfico.
 - Comprender la dinámica de funcionamiento de las sesiones monográficas.
- Sesiones Clínica general del Hospital obligatoria para el personal en formación el primer jueves de mes a las 08:15h Sala de actos 3ª planta.
- Inicio en los aspectos básicos informáticos de los programas utilizados en la práctica diaria.
- Sesiones bibliográficas de carácter mensual con día a determinar a las 16:00h.
- Seminarios de carácter mensual con día a determinar a las 16:00h, enfocados a repasar aspectos básicos del programa formativo, se consideran prioritarios para residentes menores.

Servicio de urgencias

- Conocer la dinámica del funcionamiento del Servicio
- Saber realizar la historia clínica de traumatología
- Saber realizar exploración física elemental
- Saber solicitar exploraciones complementarias
- Aprender a diagnosticar patologías traumáticas: fracturas, luxaciones, lesiones tendinosas
- Intervenciones pequeñas en Urgencias (sutura de piel, colocación de tracciones, ...)
- Aprender a diferenciar patología aguda y crónica
- Aprender a diferenciar la patología urgente y no urgente
- Tratamiento del dolor en Urgencias
- Conocer las características del estudio radiográfico normal
- Colocación de vendajes y yesos habituales

Planta

- Pasar visita con el Adjunto o Residente mayor
- Conocer el funcionamiento y confección de las altas
- Entender el funcionamiento de las Guías Clínicas
- Conocer las pautas de Rehabilitación

Actividad en quirófano

- Recepción del paciente en preanestesia y comprobar que todo está correcto
- Aprender a lavarse correctamente
- Ayudar a preparar campos quirúrgicos y saber hacer los más habituales
- Conocer el material quirúrgico básico
- Inicio en las habilidades quirúrgicas con patologías menores
- Inicio en el tratamiento de fracturas pertrocanteréas y de radio distal (fijación percutánea) •
- Inicio en el cierre de intervenciones de cirugía mayor
- Cumplimiento de la hoja quirúrgica y del resto de la historia del paciente en quirófano

8.5.2 OBJETIVOS DOCENTES DEL RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

Sesiones

- Sesión diaria de ingresos (08:15h)
 - Presentación de ingresos y cambio de guardia, de manera autosuficiente.
- Sesión General del Servicio (jueves 08:30h)
 - Presentación de exposiciones de carácter monográfico.
 - Participar del coloquio posterior a la misma.
- Sesiones Clínica general del Hospital obligatoria para el personal en formación el primer jueves mes a las 08:15h Sala de actos 3ª planta.
- Inicio de los aspectos básicos informáticos.
- Sesiones bibliográficas de carácter mensual miércoles o jueves a determinar a las 16:00h, con la lectura crítica de artículos consolidada.
- Seminarios de carácter mensual miércoles o jueves a determinar a las 16:00h, enfocados a repasar aspectos básicos del programa formativo, se consideran prioritarios para residentes menores.

Servicio de urgencias

- Evaluación autosuficiente y eficaz del paciente de trauma en Urgencias.
- Manejo amplio y específico del tratamiento ortopédico en Urgencias.
- Participación en el Quirófano de Urgencias.

Planta

- Conocimiento de la dinámica de la planta y autosuficiencia en las patologías menores más comunes y sin complicaciones.
- Control de la medicación habitual administrada en el Hospital y domiciliaria de los pacientes. • Conocimiento y realización conjunta con enfermería de las curas y vendajes durante el pase de visita, unificando criterios y pautas de actuación.
- Conocimiento y manejo del material ortopédico habitual en los pacientes ingresados. • Participación con el rehabilitador en la evolución del postoperatorio.

Actividad en quirófano

- Participación más amplia y dinámica en las intervenciones quirúrgicas habituales. • Conocer la planificación preoperatoria.
- Preparación del campo quirúrgico.
- Conocimiento de los pasos de las intervenciones habituales.
- Actuación como primer cirujano en patologías menores habituales y fracturas habituales.

Consultas Externas

- Inicio en la toma de decisiones en patologías habituales menores.
- Conocimiento en la realización de infiltraciones.
- Conocimiento en la medicación habitual en la patología ortopédica y traumática (AINES, anticoagulantes, corticoides, condroprotectores, gastroprotectores, tratamiento osteoporosis...).

- Mayor control de los pacientes postoperados.
- Actuación conjunta en las curas con enfermería.
- Habitación en la solicitud de pruebas complementarias e indicaciones.
- Conocimiento de las pautas de rehabilitación. • Participación con el rehabilitador en la toma de decisiones

.8.5.3 OBJETIVOS DOCENTES DEL RESIDENTE DE TERCER AÑO

Sesiones

- Participación activa en las sesiones clínicas.
- Participación activa pase visita conjunto.
- Presentación de 2 temas en forma de seminario monográfico.
- Dominio de los aspectos básicos de la informática.
- Presentación sesiones bibliográficas de forma activa.

Urgencias

- Manejo de la patología habitual
- Tratamiento quirúrgico de la patología habitual
- Manejo de inmovilizaciones poco frecuentes
- Colocación autónoma de tracciones transesqueléticas

Planta

- Conocimiento de las pautas y modificaciones en rehabilitación.
- Capacidad de llevar la planta con las dudas razonables.
- Capacidad de valoración de curas.
- Capacidad de modificación de medicación habitual.
- Valoración, diagnóstico y orientación inicial de complicaciones más frecuentes en postoperados (íleo paralítico, insuficiencia renal, deshidratación, sangrado, insuficiencia respiratoria....).
- Valoración médica en pacientes geriátricos traumáticos (comorbilidad, estado cognitivo, funcional, riesgo quirúrgico...).
- Tratamiento del sde. confusional.
- Necesidades de sueroterapia.

Quirófano

- Realización como primer cirujano intervenciones mayores no complicadas como osteosíntesis DHS, enclavado medular, etc.
- Inicio patología de la mano tipo Dupuytren en grado leve.
- Osteosíntesis de fracturas complejidad media (olécranon, rótula, radio proximal y distal...).
- Inicio en osteosíntesis de fracturas bimaolares.
- Práctica de las técnicas anestésicas locoregionales.

CCEE

- Práctica de las técnicas de infiltración más habituales.
- Conocimiento amplio de las técnicas de rehabilitación.
- Manejo de la patología habitual de CCEE.
- Inicio en la decisión quirúrgica.
- Exploración física completa y adecuada.

8.5.4 OBJETIVOS DOCENTES DEL RESIDENTE DE CUARTO AÑO

Sesiones

- Sesión diaria de ingresos (08:15h)
 - Presentación de ingresos y cambio de guardia, de manera autosuficiente.
- Sesión General del Servicio (jueves 08:30h)
 - Presentación de exposiciones de carácter monográfico.
 - Participar del coloquio posterior a la misma de manera activa.
- Sesiones Clínica general del Hospital obligatoria para el personal en formación el primer jueves mes a las 08:15h Sala de actos 3ª planta.
- Inicio de los aspectos básicos informáticos.
- Sesiones bibliográficas de carácter mensual miércoles o jueves a determinar a las 16:00h, con la lectura crítica de artículos consolidada.
- Seminarios de carácter mensual miércoles o jueves a determinar a las 16:00h, enfocados a repasar aspectos básicos del programa formativo, se consideran prioritarios para residentes menores.
- Inicio realización guías clínicas.

Servicio de urgencias

- Decisión patología frecuente.
- Actuación inmediata autosuficiente.
- Conocimiento y manejo no ortopédico de urgencias.
- Tratamiento quirúrgico de las fracturas habituales urgentes (radio distal, fracturas mano, rótula complejidad media, fracturas tobillo complejidad media, fracturas olécranon simples....).

Planta

- Manejo de las pautas de los pacientes ingresados.
- Orientación en patología o complicaciones poco habituales.
- Valoración de curas.
- Orientación de interconsultas.

Actividad en quirófano

- Fracturas pilón tibial media complejidad.
- Fracturas meseta tibial simples.
- Fracturas diafisarias simples.
- Fracturas rótula.
- PTC primarias no complicadas.
- Patología del pie.
- Patología manguito rotadores.
- Inicio del manejo de artroscopias.
- Inicio manejo Fijación externa.

Consultas Externas

- Manejo de la patología ortopédica y traumática.
- Asesoramiento a residente menor.
- Posibilidad de indicación y programación quirúrgica.
- Realización de Consulta de manera autónoma (Centro de Especialidades).

8.5.5 OBJETIVOS DOCENTES DEL RESIDENTE DE QUINTO AÑO

Sesiones

- Sesión diaria de ingresos (08:15h)
 - Presentación de ingresos y cambio de guardia, de manera autosuficiente.
- Sesión General del Servicio (jueves 08:30h)
 - Presentación de exposiciones de carácter monográfico
 - Participar del coloquio posterior a la misma de manera activa
- Sesiones Clínica general del Hospital obligatoria para el personal en formación el primer jueves mes a las 08:15h Sala de actos 3ª planta
- Inicio de los aspectos básicos informáticos
- Sesiones bibliográficas de carácter mensual miércoles o jueves a determinar a las 16:00h, con la lectura crítica de artículos consolidada
- Seminarios de carácter mensual miércoles o jueves a determinar a las 16:00h, enfocados a repasar aspectos básicos del programa formativo, se consideran prioritarios para residentes menores.
- Participación y presentación integral de las sesiones
- Presentación de guías clínicas

Servicio de urgencias

- Manejo integral de la patología de urgencias
- Tratamiento integral de la patología habitual quirúrgica
- Decisión y planificación de tratamientos

Planta

- Manejo integral de las pautas
- Realización de interconsultas
- Decisión de cambios de pautas de RHB
- Valoración de pautas de medicación

Actividad en quirófano

- Realización de artroscopias
- Realización de PTR y PTC
- Cirugía de la mano grado moderado o superior
- Fracturas diafisarias complejas
- Colocación de Fijadores externos y clavos endomedulares

Consultas Externas

- Funciones de la actividad de adjunto
- Posibilidad de programación quirúrgica

8.6 Habilidades quirúrgicas que debe adquirir el residente en COT al final de su residencia

8.6.1 Nivel A,

aquellos procesos para los que los residentes deben estar capacitados de manera autónoma e independiente:

Procesos agudos:

- Tratamiento no quirúrgico de los traumatismos osteoarticulares de cualquier edad
 - Técnicas comunes de osteosíntesis.
- Síndromes compartimentales y otras complicaciones postquirúrgicas y postraumáticas.
- Infecciones del aparato locomotor.
- Procesos inflamatorios y dolorosos agudos de huesos, articulaciones, partes blandas y de compresión nerviosa.

Procesos no agudos:

- Profilaxis y medidas higiénicas de las enfermedades del aparato locomotor.
- Artropatías degenerativas en sus diferentes localizaciones.
- Infecciones crónicas del aparato locomotor.
- Osteoporosis y sus complicaciones.
- Deformaciones osteoarticulares más comunes.
- Síndromes de sobrecarga ocupacional y deportiva.

Intervenciones quirúrgicas básicas, para la realización del listado de habilidades que se incluye a continuación el médico especialista en formación deberá adquirir criterios de indicación y destrezas en:

- Manejo de los sistemas de inmovilización y tracción más comunes.
- Abordajes quirúrgicos ortopédicos estándar.
- Procedimientos de limpieza quirúrgica, evacuación y drenaje.
- Técnicas simples de cobertura y cierre cutáneo.
- Utilización de fijadores externos.
- Procedimientos usuales de osteosíntesis abierta intra y extramedular.

Columna vertebral

- Discectomía lumbar convencional.
- Tratamiento urgente de las lesiones raquímedulares.

Extremidad superior

- Fracturas y luxaciones de la clavícula.
- Luxaciones escápulo-humerales agudas y recidivantes.
- Fracturas de la escápula.
- Fracturas de la extremidad superior y de la diáfisis humeral incluyendo el desprendimiento epifisario.
- Fracturas del antebrazo en el adulto y en el niño.
- Fracturas, luxaciones y lesiones ligamentosas de la muñeca y la mano en el adulto y en el niño.
- Tratamiento inmediato de las lesiones tendinosas del miembro superior.
- Síndrome de atrapamiento subacromial y artrosis acromioclavicular.
- Síndromes de compresión de los troncos nerviosos.
- Epicondilitis y síndromes dolorosos del codo
- Tendinitis de la muñeca.
- Enfermedad de Kienböck.
- Dedo en resorte.
- Infecciones de la mano.

Extremidad inferior

- Estabilización inicial de fracturas de la pelvis.
- Fracturas de la extremidad superior del fémur.
- Fracturas diafisarias de fémur y tibia.
- Fracturas y desprendimientos epifisarios de la rodilla.
- Lesiones meniscales y de los ligamentos colaterales.
- Fracturas y luxaciones de tobillo y pie.
- Artropatías degenerativas e inflamatorias y procesos relacionados de cadera y rodilla.
- Síndromes del aparato extensor y de la rótula.
- Deformidades angulares y torsionales en el niño.
- Síndromes dolorosos de tobillo y pie.
- Hallux valgus.
- Deformidades de los dedos del pie.
- Pie plano valgo infantil.
- Amputaciones en el miembro inferior.

8.6.2 Nivel B,

aquellos procesos en los que el residente debe poseer un buen conocimiento y alguna experiencia personal participativa.

Procesos agudos:

- Politraumatizados.
- Traumatismos raquimedulares.
- Lesiones vasculares y nerviosas.
- Fracturas abiertas con lesiones graves de partes blandas.
- Traumatismos graves de la mano y sección de los tendones flexores.
- Fracturas vertebrales complejas.

Procesos crónicos:

- Displasia de cadera y pie zambo.
- Patología de la cadera en crecimiento.
- Recambios convencionales de artroplastias de cadera y rodilla.
- Cirugía de la artritis reumatoide.
- Fusiones vertebrales cortas.
- Tratamiento de pseudoartrosis y osteitis con pérdidas de sustancia.
- Artrodesis de grandes articulaciones.
- Diferencia de longitud de los miembros.
- Reparaciones artroscópicas en rodilla.
- Fasciectomías en la enfermedad de Dupuytren.

8.6.3 Nivel C,

aquellos procesos sobre los que los residentes deben tener conocimiento teórico o como observador.

- Malformaciones y displasias generales con expresión clínica en el aparato locomotor.
- Recambios complejos de artroplastias en cadera y rodilla.
- Artroplastias primarias de otras articulaciones.
- Cirugía tumoral ablativo y para conservación del miembro.
- Cirugía de las deformidades del raquis.
- Osteotomías de la pelvis y de la extremidad superior del fémur.
- Tratamiento de las secuelas de lesiones y enfermedades neurológicas.
- Cirugía reparadora y reconstructiva de la mano.

Esperamos que esta guía te sirva para poder conocer el servicio, las funciones del residente y la estructura de tu residencia. Algunas cosas no se han podido plasmar en este escrito, pero seguro que todo el personal que trabaja en el área de COT, te ayudará a conseguir que seas un Médico Especialista en COT bien formado.

Como último recordar que el responsable de la formación de un MIR es el mismo MIR. Pero siempre nos tienes a los tutores para guiarte y ayudarte en cualquier duda que tengas o surja.

Atentamente la Tutoría de Residentes de COT

ANEXO I

- Cirugía ortopédica. Campbell 7ª, 8ª y 9ª edición.
- Fracturas en el Adulto. Rockwood 5ª edición.
- Fracturas en el niño. Rockwood 5ª edición.
- Fractures in Adults. Rockwood 6th edition.
- El hombro. Rockwood 2ª edición.
- Atlas de osteosíntesis. R. Orozco.
- Manual Osteosíntesis de AO. Ruedi y otros.
- Fracturas y luxaciones. De Palma.
- Atlas de variables radiológicas. Keats, 6ª edición.
- Abordaje en Cirugía Ortopédica. Hoppenfeld.
- Vías de abordaje e infecciones. Bauer
- Rodilla. Bauer
- Cadera y fémur. Bauer
- Columna. Bauer
- Isquemias agudas. Fernando Vaquero Morillo.
- Recambios protésicos de caderas. Rodríguez Merchan.
- Apuntes de fracturas infantiles. De Pablos, 2ª edición.
- Fracturas en el anciano. Luis Ferrández Portal.
- Cirugía de la mano reumática. I. Proubasta
- Artrosis de la mano. I. Proubasta
- Normativa médica MIR
- Manual del residente COT (SECOT)
- Manual de documentos sobre el consentimiento informado en cirugía ortopédica y traumatología (SECOT).
- Journal of Bone and Joint Surgery (1954-1998)

ANEXO II

	2021							2022					
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	
R5.1	CADE RA	CADE RA	CADE RA	CADE RA	RODI LLA	RODI LLA	LIBRE	LIBRE	LIBRE	LIBRE	RODI LLA	RODI LLA	
R5.2	RODI LLA	RODI LLA	RODI LLA	RODI LLA	TUM SEPT	TUM SEPT	LIBRE	LIBRE	CADE RA	CADE RA	CADE RA	CADERA	
R4.1	PIE	PIE	PIE	PIE	PIE	PIE	MAN O	MAN O	TUM SEPT	TUM SEPT	ORT INF	ORT INF	
R4.2	MAN O	MAN O	MAN O	MAN O	MAN O	MAN O	PIE	PIE	ORT INF	ORT INF	TUM SEPT	MAN SEPT	
R3.1	CADE RA	CADE RA	CADE RA	CADE RA	CADE RA	CADE RA	RODI LLA	RODI LLA	MAN O	MAN O	MAN O	MAN O	
R3.2	RODI LLA	RODI LLA	RODI LLA	RODI LLA	RODI LLA	RODI LLA	CADE RA	CADE RA	PIE	PIE	PIE	PIE	
R2.1	PLÁSTICA	PLÁSTICA	URG	URG	RAQUIS	RAQUIS	RAQUIS	VASCULAR	VASCULAR	PIE	PIE	PIE	
R2.2	PLÁSTICA	URG	ANESTESIA	ANESTESIA	HOMBRO	HOMBRO	HOMBRO	RAQUIS	RAQUIS	RAQUIS	VASCULAR	ASCULAR	
R2.3	ANESTESIA	ANESTESIA	PLÁSTICA	PLÁSTICA	VASCULAR	VASCULAR	PIE	PIE	PIE	HOMBRO	HOMBRO	OMBR	
R1.1		INICIO	INICIO	INICIO	URG	ANESTESIA	ANESTESIA	RHB	FAMILIA	PLÁSTICA	PLÁSTICA	URG	URG
R1.2		INICIO	INICIO	INICIO	RHB	URG	PLÁSTICA	PLÁSTICA	URG	ANESTESIA	ANESTESIA	FAMILIA	URG
R1.3		INICIO	INICIO	INICIO	RHB	FAMILIA	URG	ANESTESIA	ANESTESIA	URG	URG	PLÁSTICA	PLÁSTICA

ANEXO III

INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

CENTRO DOCENTE:

DNI/PASAPORTE:

TITULACIÓN: ESPECIALIDAD: AÑO RESIDENCIA:

TUTOR:

ROTACIÓN

UNIDAD:	CENTRO:
COLABORADOR DOCENTE/TUTOR:	DURACIÓN:
Fecha Inicio Rotación	Fecha fin Rotación:
OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO Total/Parcial/No conseguido

USO RACIONAL DE RECURSOS

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

SEGURIDAD DEL PACIENTE

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA

CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

HABILIDADES

MEDIA (A)
CALIFICACIÓN

B.- ACTITUDES

CALIFICACIÓN

MOTIVACIÓN

PUNTUALIDAD/ASISTENCIA

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA

TRABAJO EN EQUIPO

MEDIA (B)**CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN
(70%A + 30% B)****Observaciones/Áreas de mejora:**

En _____, fecha:

EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR Vº Bº. EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo.: _____ Fdo.: _____ Avgda. Benicàssim, s/n. 12004 CASTELLÓ - Tel.

CRITERIOS ORIENTATIVOS DE CALIFICACION PARA LA EVALUACIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

1.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS	
Muy escasos, sus pocos conocimientos le impiden efectuar razonamientos clínicos prácticos válidos; no parece comprender mucho lo que estudia o lee. O bien en apariencia, no suele estudiar o leer	0-4,9
Limitados pero suficientes para desempeñar la actividad profesional.	5-6,9
Adecuadas que le permiten una buena práctica profesional.	7-8,9
Excelentes, es brillante.	9-10

2.- NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS	
No me parece capaz de aprender muchas de las destrezas propias de la especialidad.	0-4,9
Se adiestra con alguna dificultad, lentamente, pero no lo consigue.	5-6,9
Se adiestra a buen ritmo, de acuerdo a los objetivos señalados en su programa de formación.	7-8,9
Excelentes ritmo y calidad de los adiestramientos.	9-10

3.- HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNÓSTICO O DE LOS PROBLEMAS	
No muestra ningún criterio razonable a la hora de realizar el enfoque diagnóstico o de los problemas.	0-4,9
Refiere criterios razonables, ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones habitualmente elige el criterio adecuado.	5-6,9
Ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones casi siempre elige la correcta, con unos criterios total y adecuadamente razonados.	7-8,9
Siempre elige la hipótesis más razonable en términos prácticos, completamente adecuada a la realidad. Capaz de considerar hipótesis sofisticadas pero razonables. Capacidad de enfoque diagnóstico excelente.	9-10

4.- CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
Toma decisiones precipitadas que conducen a un error, o no toma decisiones nunca, siempre espera que alguien las asuma.	0-4,9
No suele asumir decisiones de cierto riesgo, aunque sus conocimientos se lo permitan.	5-6,9

Adopta decisiones adecuadas a su nivel de conocimientos, y suelen ser correctas.	7-8,9
Toma decisiones con rapidez y la mejor para su nivel de conocimientos. Conoce sus limitaciones y evita decisiones que sabe que le sobrepasan. Decisiones en ocasiones intuitivas pero exitosas.	9-10

5.- UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS	
Realiza gran número de exploraciones o tratamientos sin justificación.	0-4,9
El proceso de utilización de recursos es ligeramente desajustado. A veces sugiere exploraciones o tratamientos de baja utilidad para el caso.	5-6,9
Planea el empleo de recursos de forma habitualmente correcta.	7-8,9
Piensa siempre en términos de eficiencia: la exploración o tratamiento entre los mas beneficiosos (menos arriesgados) y de menor coste.	9-10

B.- ACTITUDES

1.- MOTIVACIÓN	
a. Muestra interés por el paciente y entorno, realizando -si es posible la historia clínica del paciente desde el primer día de una forma adecuada. b. Estudia los casos clínicos actualizando los conocimientos científicos y colabora voluntariamente -si es posible- en el mantenimiento a día de las historias clínicas de forma detallada c. Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados o la evolución de los enfermos (intentando obtener el máximo rendimiento)	
No cumple ninguno de los apartados.	0-4,9
Cumple el criterio a).	5-6,9
Cumple el criterio a) y b).	7-8,9
Cumple los tres criterios.	9-10

2.- DEDICACIÓN: Tiempo de dedicación a las labores asistenciales encomendadas (guardias excluidas)	
El tiempo de dedicación a las actividades del Servicio es escaso.	0-4,9
Dedica el tiempo justo a las actividades del Servicio, pero le permite alcanzar los objetivos docentes.	5-6,9
Su dedicación a las labores del Servicio es la adecuada, permitiéndole alcanzar los objetivos docentes de forma destacada.	7-8,9
No solo tiene una dedicación excepcional, sino que profundiza en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del Servicio.	9-10

3.- INICIATIVA	
Realiza las actividades específicas de la rotación siempre a demanda del tutor.	0-4,9
Realiza las actividades de la rotación habitualmente por propia iniciativa sin necesidad de requerírsele.	5-6,9
Propone con frecuencia al tutor actividades clínicas, docentes y de investigación sin ser requerido a ello.	7-8,9

Propone y dinamiza la puesta en marcha de actividades asistenciales, docentes y de investigación al resto del equipo	9-10
--	------

4. - PUNTUALIDAD / ASISTENCIA A LAS DIVERSAS ACTIVIDADES: cumple el horario normal de trabajo	
Nunca o casi nunca.	0-4,9
Habitualmente.	5-6,9
Siempre.	7-8,9
Dedicación horaria por encima de su jornada laboral.	9-10

5. - NIVEL DE RESPONSABILIDAD: asume la responsabilidad necesaria ante el paciente.	
Nunca o casi nunca.	0-4,9
Habitualmente.	5-6,9
Siempre.	7-8,9
Alto nivel de responsabilidad.	9-10

6.- RELACIONES PACIENTE / FAMILIA: Se refiere a la ocurrencia de disfunciones con la familia o el paciente como consecuencia de las actitudes o el comportamiento del Residente.	
Mantiene una actitud distante, indiferente que genera a veces conflictos innecesarios; suele ser persona no grata a familiares y pacientes.	0-4,9
Habitualmente tiene una actitud algo distante e indiferente, sin propiciar relaciones más fluidas, pero no suele ocasionar conflictos innecesarios.	5-6,9
Las relaciones son correctas, por lo general las relaciones son fluidas.	7-8,9

El Residente conecta perfectamente con las familias y los pacientes, es tolerante, toma interés por sus problemas personales y sociales, y dedica tiempo extra a discutir aspectos médicos y otras preocupaciones en el entorno familia/paciente.	9-10
---	------

7.- RELACIONES CON EL EQUIPO DE TRABAJO	
Muestra una total indiferencia ante los problemas y/o decisiones del equipo. No participa en las actividades del equipo (reuniones, sesiones,...).	0-4,9

Ocasionalmente es poco tolerante o muestra una cierta indiferencia ante determinados problemas y/o decisiones del equipo. Participa pasivamente en las actividades mostrando poco interés.	5-6,9
Relaciones adecuadas. Toma interés ante los problemas y/o decisiones del equipo. Participa en las actividades del Equipo con interés.	7-8,9
Relaciones amigables. Toma interés y participa activamente en los problemas, actividades, toma decisiones e iniciativas que implican al equipo. Totalmente integrado.	9-10

ANEXO IV

VALORACIÓN DE HABILIDADES

NOMBRE:

EQUIPO:

A - No capacitado para realizar la actividad.

B - Capacitado para realizar la actividad bajo supervisión directa

C - Capacitado sin supervisión directa.

D - Capacitado para tratar posibles complicaciones

AREA QUIRÚRGICA	A	B	C	D
Colocación del paciente				
Manejo del entorno quirúrgico				
Manejo y conocimiento del instrumental				
Colocación del campo quirúrgico				

Dissección-abordajes				
Identificación de estructuras				
Instrumentación				
Cierre incisión				
AREA HOSPITALIZACION				
Visita diaria a pacientes hospitalizados				
Control de evolución. Analíticas y exploraciones complementarias				
Control de preoperatorios de pacientes quirúrgicos				
Revisión de curas e inmovilizaciones				
Seguimiento de pos operado. Manejo terapéutico				
Interconsultas hospitalarias				
Control del paciente poli traumatizado de UCI				
Conocimiento en gestión lista.de espera quirúrgica				
Manejo de altas e informes				
Relación paciente-familia				

Avgda. Benicàssim, s/n. 12004 CASTELLÓ - Tel. 964 7 26500 - Fax 964 7 26645/372
CASTELLÓ. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ



TUTORIA RESIDENTS C.O.T.
Dr. Xavier Margarit Martín
Dra. Adela Mesado Vives
Dra. Lucía Roncero Vilanova

Cap de Servei: Dr. Cristóbal Mesado Solernou

AREA CONSULTAS EXTERNAS				

Primeras visitas. Historia clínica				
Anamnesis y exploración				
Solicitud de pruebas complementarias				
Diagnóstico de presunción.				
Diagnóstico diferencial				
Enfoque terapéutico				
Revisión de pacientes quirúrgicos				
Revisión de pacientes ortopédicos				
AREA DE URGENCIAS				
Manejo del paciente poli traumatizado				
Valoración de patología compleja				
Decisión de ingreso. Altas				
Confección de historia clínica				
Cirugía de urgencias				
Atención de urgencias en otros servicios				
Relación con otros servicios				