PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

TUTORES	Dr. Eduardo Gallinas Maraña Dra. Noelia Pardina Lanuza
FECHA DE APROBACIÓN POR COMISIÓN DE DOCENCIA	20/11/2026

INTRODUCCIÓN

El presente documento establece los criterios de supervisión y responsabilidad progresiva aplicables a los residentes de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología durante su actividad formativa en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario San Pedro.

En él se describen las responsabilidades y obligaciones de los residentes, así como los principales conocimientos, habilidades y actitudes que deberán adquirir progresivamente hasta alcanzar la autonomía necesaria para el ejercicio profesional como especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Asimismo, se establecen las responsabilidades de los tutores, colaboradores docentes y facultativos especialistas que participan en su supervisión.

Este protocolo se ajusta a las directrices de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario San Pedro y a la normativa vigente en materia de Formación Sanitaria Especializada, especialmente:

- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se aprueba el protocolo destinado a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, especialmente su capítulo V, relativo al deber general de supervisión y a la responsabilidad progresiva del residente, y sus artículos 14 y 15.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Programa oficial vigente de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Toda la estructura asistencial del centro deberá estar disponible para la formación de los residentes. Los tutores programarán las actividades de los residentes en coordinación con los responsables de los equipos asistenciales y de los dispositivos docentes implicados, con el fin de garantizar:

- El cumplimiento del itinerario formativo.
- La consecución de los objetivos docentes de cada rotación.
- La integración supervisada del residente en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.
- La adecuación del nivel de supervisión al año de residencia y a las competencias individualmente adquiridas.
- El respeto al régimen de jornada y descansos legalmente establecido.

Las posibles adaptaciones individuales del nivel de supervisión deberán estar justificadas por la evolución competencial del residente, ser conocidas por el tutor y quedar adecuadamente documentadas. El protocolo será de aplicación tanto durante la jornada ordinaria como durante las guardias y los periodos de atención continuada.

OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El objetivo de este protocolo es definir de manera clara y homogénea cómo debe realizarse la supervisión de los residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología, garantizando simultáneamente la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la adquisición progresiva de las competencias propias de la especialidad.

El documento establece el grado de supervisión y responsabilidad que corresponde a cada residente según su año formativo, su experiencia y las competencias demostradas, de manera que la supervisión disminuya progresivamente a medida que aumenta su capacidad para tomar decisiones y actuar de forma autónoma.

El protocolo será aplicable a:

- Los residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología adscritos al Hospital Universitario San Pedro.
- Los residentes de otras especialidades que roten por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- Los residentes procedentes de otros centros que realicen una rotación autorizada.
- La actividad desarrollada durante la jornada ordinaria.
- Las guardias y la atención continuada.
- Las diferentes áreas y dispositivos asistenciales en los que los residentes desarrollen su formación.

La supervisión se adaptará no solo al año de residencia, sino también a la complejidad del paciente, al riesgo de la actuación y al nivel competencial individual del residente.

En cada rotación el residente tendrá asignado un colaborador docente, especialista de plantilla de la unidad o servicio correspondiente, que programará su actividad de acuerdo con los objetivos fijados por el tutor en la Guía o Itinerario Formativo, garantizará una supervisión adecuada al año de residencia, velará por el cumplimiento del régimen de jornada y descansos y evaluará el grado de consecución de los objetivos al finalizar la rotación. Los especialistas que supervisen al residente informarán al tutor de cualquier incidencia relevante.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN

Nivel	Denominación	Descripción
Nivel 3	Responsabilidad mínima / Supervisión de presencia física	La actividad es realizada por el tutor o profesional de plantilla. El residente observa y asiste en su ejecución. El residente solo dispone de conocimiento teórico, sin experiencia práctica previa.
Nivel 2	Responsabilidad intermedia / Supervisión directa	El residente realiza la actividad bajo la supervisión directa del tutor o profesional de plantilla. Tiene conocimiento suficiente, pero aún no ha alcanzado la experiencia necesaria para actuar de forma independiente.
Nivel 1	Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda	El residente realiza la actividad con supervisión indirecta. Posee las competencias necesarias para actuar de forma autónoma, informa posteriormente al tutor y solicita supervisión cuando lo estima necesario.

La asignación de un nivel concreto estará condicionada por:

- El año de residencia.
- Las competencias adquiridas y acreditadas.
- La experiencia previa en la actividad.
- La complejidad clínica.
- El riesgo del procedimiento.
- Las circunstancias individuales del paciente.

1. RESIDENTES DE PRIMER AÑO

La supervisión de los residentes de primer año será siempre de presencia física y será realizada por profesionales especialistas que presten servicios en los dispositivos del centro o unidad por los que el residente esté rotando o realizando atención continuada. Los especialistas responsables visarán por escrito, de forma previa a la toma de la decisión, las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el residente de primer año. La supervisión del R1 no podrá recaer exclusivamente en otro residente, aunque este sea de un año formativo superior.

El residente de primer año realiza sus rotaciones por las unidades del propio Servicio (hospitalización, consultas externas, quirófano y sala de yesos) y por los servicios afines previstos en el itinerario formativo, además de las guardias de urgencias generales y de la especialidad. En todas ellas contará con un especialista de plantilla físicamente presente y responsable de su actividad.

- **Actividades que puede realizar bajo supervisión directa, siempre con presencia física del especialista:** historia clínica y exploración del aparato locomotor, evolutivos de hospitalización, solicitud e interpretación inicial de radiología simple y analítica básica, curas de heridas y retirada de suturas, vendajes y yesos sencillos, suturas simples de piel, artrocentesis e infiltraciones sencillas (en la segunda mitad del año), ayudantía en quirófano en cirugía de baja y moderada complejidad y, al final del año, cirugía menor de partes blandas (extracción de material de osteosíntesis sencilla, uña encarnada, gangliones) como primer cirujano con el especialista en el campo quirúrgico.
- **Actividades que únicamente puede observar o en las que asiste al especialista (nivel 3):** reducción cerrada de fracturas y luxaciones, colocación de tracciones, bloqueos anestésicos, cirugía mayor programada y urgente, indicación quirúrgica, decisiones de ingreso, alta o traslado, comunicación de malas noticias, información para el consentimiento informado de procedimientos mayores y atención inicial del paciente politraumatizado.
- **Limitaciones expresas:** el R1 no puede firmar sin visado del especialista informes de alta, ingresos, partes de baja, prescripciones, solicitudes de pruebas complementarias ni documentos médico-legales; no puede establecer por sí mismo la indicación quirúrgica ni informar de forma autónoma al paciente o a la familia sobre el diagnóstico, el pronóstico o las decisiones terapéuticas; y no puede realizar procedimientos invasivos sin la presencia del especialista.

2. RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

A partir del segundo año, el residente asumirá progresivamente una mayor responsabilidad, con una disminución gradual del nivel de supervisión conforme demuestre la adquisición de las competencias correspondientes.

El residente de segundo año rota por las unidades del propio Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y comienza a asumir la atención de los pacientes en urgencias, hospitalización

y consulta con un grado creciente de responsabilidad, siempre con un especialista de referencia identificado.

- **Actividades con supervisión a demanda (nivel 1):** historia clínica y exploración, valoración de la gravedad, utilización e interpretación de pruebas complementarias básicas, curas, vendajes e inmovilizaciones sencillas, artrocentesis e infiltraciones, tratamiento del dolor y de las complicaciones habituales, información ordinaria al paciente y a la familia, así como la cumplimentación de la documentación clínica, que será revisada y validada a posteriori por el colaborador docente.
- **Actividades que requieren supervisión directa (nivel 2):** reducción cerrada de fracturas y luxaciones, tracciones cutáneas y transesqueléticas, bloqueos de nervios periféricos, vendajes y yesos complejos, cirugía menor y de partes blandas como primer cirujano (síndrome del túnel carpiano, dedo en resorte, tenosinovitis, gangliones, neuroma de Morton, epicondilitis, quistes y tumores benignos, uña encarnada, extracción sencilla de material de osteosíntesis), sutura de tendones extensores, desbridamiento de fracturas abiertas, prótesis parcial de cadera y osteosíntesis de fracturas de baja y moderada complejidad (radio distal, tobillo, fractura osteoporótica de cadera) como primer cirujano con el especialista en el campo quirúrgico.
- **Decisiones que deben consultarse obligatoriamente con el especialista:** la indicación quirúrgica, el ingreso y el alta de los pacientes atendidos en urgencias, la solicitud de pruebas de imagen avanzadas (TC, RM) e interconsultas, la prescripción de tratamientos de riesgo (anticoagulación, antibioterapia de larga duración), la atención del paciente politraumatizado, de las fracturas abiertas, del síndrome compartimental, de las luxaciones irreductibles y de las lesiones vasculonerviosas, las complicaciones postoperatorias y toda situación médico-legal o de conflicto con el paciente o la familia.
- **Actividades de presencia física / observación (nivel 3):** cirugía de alta complejidad, artroscopia, cirugía protésica total, cirugía de columna, cirugía tumoral, cirugía pediátrica y microcirugía, en las que participa como ayudante.

3. RESIDENTES DE TERCER AÑO

El residente de tercer año podrá asumir un mayor grado de autonomía en las actividades habituales de la especialidad, manteniendo supervisión directa en aquellas actuaciones de mayor complejidad, riesgo o menor frecuencia.

El residente de tercer año ha adquirido las competencias básicas de la especialidad y asume de forma progresiva la responsabilidad de la atención de urgencias, hospitalización y consulta, así como la realización de cirugía de complejidad moderada como primer cirujano.

- **Actividades que puede realizar de forma autónoma (nivel 1):** la atención de la patología traumatológica urgente habitual (valoración, reducción cerrada e inmovilización, tracciones, bloqueos, curas y suturas), el seguimiento de los pacientes hospitalizados, la consulta de revisiones y la cirugía menor y de partes blandas, informando posteriormente al especialista responsable.
- **Actividades que deben comunicarse al especialista:** los ingresos y las altas desde urgencias, la programación de cirugía urgente, la planificación preoperatoria de las

fracturas, los cambios relevantes de tratamiento en los pacientes ingresados y las complicaciones postoperatorias.

- **Actividades que requieren supervisión directa (nivel 2):** osteosíntesis de complejidad moderada, prótesis total de cadera y rodilla como primer cirujano, artroscopia básica de rodilla, cirugía del antepié, cirugía de la mano de complejidad moderada, artrodesis de pequeñas articulaciones, biopsias y cirugía de tumores benignos, extracción de injertos óseos, sutura del tendón de Aquiles y desbridamiento quirúrgico de infecciones.
- **Actividades que todavía requieren presencia física del especialista (nivel 3):** cirugía de columna, cirugía tumoral maligna, recambios protésicos, artroscopia de hombro, cadera, codo y tobillo, reconstrucciones ligamentosas, osteotomías correctoras, coberturas cutáneas complejas, microcirugía y sutura de tendones flexores, vasos y nervios, cirugía ortopédica infantil compleja y cirugía de la pelvis y el acetábulo.
- **Situaciones en las que debe solicitar obligatoriamente la valoración del especialista:** paciente inestable o politraumatizado, fracturas de pelvis y acetábulo, sospecha de síndrome compartimental, fractura abierta de alto grado, lesión vascular o nerviosa, infección protésica, complicaciones graves o inesperadas, pacientes pediátricos con lesiones complejas y cualquier situación de conflicto, reclamación o implicación médico-legal.

4. RESIDENTES DE CUARTO AÑO

El residente de cuarto año deberá aproximarse progresivamente al nivel de autonomía propio del especialista, manteniendo supervisión en aquellas actividades de especial complejidad, riesgo o alta cualificación.

El residente de cuarto año actúa con un nivel de autonomía próximo al del especialista en la actividad habitual del Servicio y comienza a realizar como primer cirujano la cirugía de mayor complejidad, con el especialista presente en el campo quirúrgico.

- **Actividades con supervisión a demanda (nivel 1):** la atención de urgencias, hospitalización y consultas externas, la indicación de tratamiento conservador, la cirugía menor y de partes blandas, la osteosíntesis de fracturas de baja y moderada complejidad, la prótesis parcial de cadera, el desbridamiento de fracturas abiertas y la información al paciente y a la familia, incluida la comunicación de malas noticias. Podrá colaborar en la supervisión de los residentes de primer y segundo año, sin que ello sustituya la supervisión del especialista.
- **Actividades que continúan requiriendo supervisión directa (nivel 2):** prótesis total primaria de cadera y rodilla, osteosíntesis de fracturas de alta complejidad, artroscopia, reparación ligamentosa de rodilla, osteotomías correctoras, artrodesis, cirugía del pie y de la mano de mayor complejidad, coberturas cutáneas complejas, sutura de tendones flexores, vasos y nervios, cirugía de la columna de baja complejidad y cirugía tumoral, en las que participa como primer cirujano o ayudante según el caso.
- **Procedimientos que no pueden realizarse de forma autónoma (nivel 3):** recambio protésico, cirugía de tumores óseos malignos y sarcomas de partes blandas, cirugía de la escoliosis y de las deformidades vertebrales, cirugía de la displasia congénita de

cadera, cirugía de pelvis y acetábulo, microcirugía y reimplantes y, en general, toda técnica de superespecialización.

5. RESIDENTES DE QUINTO AÑO

En las especialidades con cinco años de duración, el residente de quinto año deberá alcanzar progresivamente la autonomía correspondiente al ejercicio profesional como especialista, sin perjuicio del deber general de supervisión.

El residente de quinto año debe alcanzar, en los últimos seis meses de la residencia, las competencias que se esperan de un especialista recién titulado, sin perjuicio del deber general de supervisión. En todo momento dispondrá de un especialista responsable identificado al que consultar.

- **Actividades que puede desarrollar con supervisión a demanda (nivel 1):** toda la actividad asistencial ordinaria de urgencias, hospitalización y consultas externas, la indicación quirúrgica de los procesos habituales, la cirugía de baja y moderada complejidad como primer cirujano y la participación en las sesiones, la docencia de residentes menores y la investigación del Servicio.

- **Actuaciones de alta complejidad, alto riesgo o especial capacitación que continúan requiriendo supervisión directa (nivel 2) o presencia física (nivel 3):** artroplastia total y cirugía de revisión, cirugía tumoral, cirugía de la columna, cirugía de pelvis y acetábulo, artroscopia avanzada, cirugía reconstructiva y microcirugía, cirugía ortopédica infantil compleja y las técnicas de las unidades de superespecialización. En ellas actuará como primer cirujano o ayudante bajo supervisión directa del especialista responsable.

El residente de quinto año no puede sustituir en ningún caso al especialista responsable de la actividad ni de la guardia.

ÁREAS, ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALMENTE SIGNIFICATIVOS

Además del área de urgencias, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología identifica como áreas o actividades especialmente significativas que requieren criterios específicos de supervisión las siguientes:

- **Urgencias de Traumatología y atención continuada:** valoración inicial, reducción e inmovilización de fracturas y luxaciones, decisión de ingreso o alta, indicación de cirugía urgente y atención inicial del paciente politraumatizado.
- **Quirófano programado:** participación como ayudante o primer cirujano según el nivel de supervisión, indicación quirúrgica, planificación preoperatoria y consentimiento informado.
- **Quirófano de urgencias:** fracturas abiertas, síndrome compartimental, luxaciones irreductibles, fractura de cadera del anciano, infección aguda y lesiones vasculonerviosas.
- **Hospitalización:** pase de visita, evolutivos, prescripción, solicitud de pruebas, detección y manejo de complicaciones postoperatorias, informes de alta.
- **Consultas externas y Cirugía Mayor Ambulatoria:** seguimiento postoperatorio, indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera, infiltraciones y procedimientos ambulatorios.
- **Sala de yesos y sala de curas:** reducciones cerradas, inmovilizaciones, tracciones, curas y retirada de material.
- **Rotaciones en otros servicios y rotaciones externas:** se aplicará el protocolo de supervisión de la unidad receptora, sin que el nivel de responsabilidad pueda superar el que corresponde al residente por su año formativo.

En la tabla siguiente se recoge el nivel de supervisión asignado a las habilidades y procedimientos más significativos de la especialidad para cada año de residencia. Los niveles son orientativos y podrán adaptarse individualmente, de forma justificada y documentada por el tutor, en función de las competencias acreditadas por cada residente.

Tabla de actividades específicas de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Área, actividad, técnica, procedimiento o decisión clínica	R1	R2	R3	R4	R5
A. Habilidades generales (urgencias y atención continuada)					
Valoración de la gravedad de un paciente	3	2	1	1	1
Evaluación del estado mental del paciente	3	2	1	1	1
Utilización racional e interpretación de las pruebas complementarias básicas (analítica, ECG, radiografías simples)	3	2	1	1	1
Indicación de pruebas diagnósticas especiales (TC, RM, ecografía, gammagrafía)	3	2	1	1	1
Solicitud de interconsulta a otros especialistas	3	2	1	1	1
Realización de técnicas diagnósticas (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, artrocentesis, accesos venosos, punción arterial para gasometría)	3	2	1	1	1
Sondaje vesical y nasogástrico	3	2	1	1	1
Monitorización de un paciente urgente	3	1	1	1	1

Área, actividad, técnica, procedimiento o decisión clínica	R1	R2	R3	R4	R5
Utilización de los principales fármacos de la urgencia	3	1	1	1	1
Uso de antibióticos	3	2	2	1	1
Valoración inicial del politraumatizado (ATLS)	3	3	2	1	1
RCP básica	3	1	1	1	1
RCP avanzada y soporte ventilatorio no invasivo	3	3	2	1	1
Decisión del destino del paciente de urgencias: alta, ingreso convencional, ingreso en unidades especiales (UCC, UCI, URPA)	3	3	2	1	1
Cumplimentación de documentación clínica y médico-legal (informes de alta, partes judiciales, consentimiento informado)	3	2	1	1	1
B. Técnicas y procedimientos básicos de la especialidad					
Artrocentesis	3	1	1	1	1
Infiltraciones	3	1	1	1	1
Vendajes y escayolados sencillos	3	1	1	1	1
Reducción cerrada de fracturas y luxaciones articulares	3	2	1	1	1
Tracciones cutáneas y transesqueléticas	3	2	1	1	1
Bloqueo de nervios periféricos	3	2	1	1	1
Corrección de deformidad de dedos del pie	3	2	1	1	1
Vendajes y escayolados complejos	3	2	1	1	1
Sutura de fascias, músculos y/o aponeurosis	3	2	1	1	1
Sutura de tendones extensores de mano y pie	3	2	1	1	1
Resección de quistes, tumores benignos de hueso o de partes blandas	3	2	1	1	1
Extracción de material de osteosíntesis (EMO) sencilla	3	2	1	1	1
Epicondilitis	3	2	1	1	1
Tenosinovitis (dedo en resorte, De Quervain)	3	2	1	1	1
Gangliones	3	2	1	1	1
Fasciotomía plantar	3	2	1	1	1
Neuroma de Morton	3	2	1	1	1
Tenolisis	3	2	1	1	1
Neurolisis de nervio mediano o cubital	3	2	1	1	1
Extirpación de uña. Uña encarnada	3	2	1	1	1
Coberturas cutáneas de moderada complejidad (colgajos, injertos, etc.)	3	3	3	2	2
Rizolisis	3	3	3	2	2
Desbridamiento y limpieza de fractura abierta, heridas y articulaciones	3	2	2	1	1
C. Cirugía de complejidad moderada					
Reducción y osteosíntesis de fracturas de baja y moderada complejidad	3	2	1	1	1
Prótesis parcial de cadera	3	2	1	1	1
Sutura del tendón de Aquiles	3	3	2	1	1
Biopsia de tejido blando o de hueso	3	2	2	1	1
Extracción de injertos óseos	3	3	2	1	1
Artrodesis metacarpofalángicas, metatarsofalángicas e interfalángicas	3	3	2	1	1
Acromioplastia abierta	3	3	2	1	1
Amputación de dedo	3	3	2	2	2
Metatarsalgia (osteotomías de metatarsianos)	3	3	2	2	2
Resección parcial de rótula	3	3	2	2	2
Corrección de inestabilidad rotuliana	3	3	3	2	2
Osteotomía de tibia	3	3	3	2	2

Área, actividad, técnica, procedimiento o decisión clínica	R1	R2	R3	R4	R5
Sutura de tendones flexores, vasculares y de nervios periféricos	3	3	3	2	2
Osteocondritis disecante	3	3	3	3	3
D. Cirugía de alta complejidad y superespecialización					
Prótesis total (cualquier localización)	3	3	2	2	2
Reducción y osteosíntesis de fracturas de alta complejidad	3	3	3	2	2
Inestabilidades complejas (cualquier articulación)	3	3	3	2	2
Reparación de ligamentos de rodilla	3	3	3	2	2
Artroscopia de hombro	3	3	3	2	2
Artroscopia de codo, tobillo y cadera	3	3	3	2	2
Osteotomías correctoras (tibia excluida)	3	3	3	2	2
Artrodesis (metacarpo, metatarsofalángicas e interfalángicas excluidas)	3	3	3	2	2
Sinovectomía articular	3	3	3	2	2
Transposiciones y trasplantes tendinosos	3	3	3	2	2
Coberturas cutáneas y fasciocutáneas complejas (colgajos, injertos)	3	3	3	2	2
Quemaduras de alta gravedad	3	3	3	2	2
Amputaciones y desarticulaciones (dedos excluidos)	3	3	3	2	2
Extracción de prótesis	3	3	3	2	2
Hernia discal	3	3	3	2	2
Estenosis de canal vertebral	3	3	3	2	2
Cifoplastia	3	3	3	2	2
Vertebroplastia	3	3	3	2	2
Recambio de prótesis	3	3	3	3	3
Resección de tumores óseos malignos y sarcomas de partes blandas	3	3	3	3	3
Displasia congénita de cadera	3	3	3	3	3
Escoliosis	3	3	3	3	3

Nivel 1: supervisión a demanda.

Nivel 2: supervisión directa.

Nivel 3: supervisión de presencia física.

Los residentes de otras especialidades que roten por el Servicio se asimilarán, a estos efectos, al nivel de un residente de primer o segundo año de Cirugía Ortopédica y Traumatología, según su año formativo y su experiencia previa.

NIVELES DE SUPERVISIÓN EN LAS GUARDIAS DE LA ESPECIALIDAD

Durante las guardias y periodos de atención continuada, el residente deberá conocer en todo momento la identidad y el sistema de localización del especialista responsable de su supervisión.

En el Hospital Universitario San Pedro los residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología realizan guardias de urgencias generales durante el primer año, conforme al plan transversal común, y guardias de la especialidad a partir de entonces. En las guardias de la especialidad la supervisión corresponde al especialista de Cirugía Ortopédica y Traumatología de guardia, cuya identidad figura en la planilla mensual de guardias del Servicio y que es localizable en todo momento a través del teléfono corporativo o busca de guardia de Traumatología. El residente desarrolla su actividad en tres ámbitos: área de urgencias, plantas de hospitalización y quirófano de urgencias. La cirugía urgente se realizará siempre con la presencia del especialista de guardia en el quirófano.

- **Residentes de primer año:**
  La supervisión será siempre de presencia física por un especialista de plantilla. El R1 no podrá adoptar de forma autónoma decisiones de alta, ingreso, traslado o tratamiento definitivo, ni firmar sin visado los documentos asistenciales correspondientes.

  El especialista responsable durante la guardia es el especialista de plantilla de guardia del servicio en el que el R1 esté prestando atención continuada (Urgencias o Cirugía Ortopédica y Traumatología), que se encuentra de presencia física en el hospital durante toda la guardia. El R1 se presentará al inicio de la guardia al especialista responsable y comentará con él todos los pacientes que atienda. Requieren la intervención previa del especialista: cualquier decisión de alta, ingreso o traslado; la reducción de fracturas y luxaciones; la indicación de cirugía urgente; la prescripción de tratamientos de riesgo; la información a pacientes y familiares sobre diagnóstico y pronóstico; y la firma de cualquier documento asistencial o médico-legal, que deberá ser visada por escrito por el especialista.

- **Residentes de segundo año**
  El R2 puede valorar inicialmente a todos los pacientes con patología traumatológica u ortopédica urgente (anamnesis, exploración, solicitud e interpretación de radiología simple y analítica básica, tratamiento inicial del dolor e inmovilización provisional) y realizar con supervisión a demanda las habilidades generales adquiridas en el primer año (curas, suturas simples, vendajes y yesos sencillos, artrocentesis e infiltraciones). Con supervisión directa del especialista realiza las reducciones cerradas de fracturas y luxaciones, las tracciones, los bloqueos anestésicos y las técnicas invasivas, y participa en la cirugía urgente como ayudante o como primer cirujano en procedimientos de baja complejidad. Requieren consulta previa con el especialista de guardia: las altas de pacientes con fracturas o lesiones que puedan precisar tratamiento quirúrgico, todos los ingresos, la indicación de cirugía urgente, la solicitud de TC o RM urgentes,

el paciente politraumatizado o inestable, las fracturas abiertas, la sospecha de síndrome compartimental, las luxaciones irreductibles, las lesiones vasculonerviosas, los pacientes pediátricos y las situaciones médico-legales (agresiones, accidentes laborales y de tráfico con implicación judicial, partes de lesiones).

- **Residentes de tercer año**
  El R3 puede adoptar con supervisión a demanda las decisiones habituales de la guardia: valoración y tratamiento de la patología urgente, reducción cerrada e inmovilización de fracturas y luxaciones, alta con tratamiento conservador, ingreso de fracturas que requieren cirugía diferida (por ejemplo, fractura de cadera del anciano), atención de las incidencias de los pacientes hospitalizados y programación de la cirugía urgente, informando siempre al especialista de guardia. Debe informar y solicitar la presencia del especialista ante el paciente inestable o politraumatizado, las fracturas de pelvis y acetábulo, las fracturas abiertas de alto grado, el síndrome compartimental, las lesiones vasculares o nerviosas, las infecciones graves, las complicaciones postoperatorias relevantes, los casos de elevada complejidad diagnóstica o terapéutica y cualquier reclamación o conflicto. En quirófano de urgencias puede actuar como primer cirujano en la cirugía de baja y moderada complejidad con el especialista en el campo quirúrgico.

- **Residentes de cuarto año**
  El R4 desarrolla con autonomía la actividad de urgencias y de hospitalización durante la guardia, incluida la decisión de alta e ingreso, la indicación de cirugía urgente y la información a pacientes y familiares, y puede colaborar en la supervisión de los residentes de primer y segundo año. Continúan requiriendo supervisión directa la cirugía urgente, en la que puede actuar como primer cirujano con el especialista presente en quirófano, y la atención del politraumatizado, de las fracturas de pelvis y acetábulo y de las lesiones vasculonerviosas. El especialista de guardia permanecerá disponible y localizable durante toda la guardia y deberá ser informado de las incidencias relevantes (ingresos, pacientes graves, cirugía urgente, complicaciones y situaciones médico-legales).

- **Residentes de quinto año**
  El R5 actúa con supervisión a demanda en toda la actividad de la guardia, incluida la cirugía urgente de baja y moderada complejidad como primer cirujano, informando al especialista de guardia de la actividad realizada. Requieren consulta previa o presencia del especialista la cirugía urgente de alta complejidad (pelvis y acetábulo, fracturas periprotésicas, control de daños en el politraumatizado, reimplantes y lesiones vasculares), las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico y las situaciones de conflicto o con implicaciones médico-legales. El residente de quinto año no podrá sustituir al especialista responsable de la guardia, que mantendrá en todo momento la responsabilidad última de la asistencia.

DIFUSIÓN, APROBACIÓN Y REVISIÓN

El presente protocolo será conocido y aplicado por todos los profesionales implicados en la supervisión de residentes y por los propios residentes. Será facilitado a los residentes al inicio de su formación o rotación y estará disponible en la página web de Riojasalud y en la intranet de la Comisión de Docencia. Asimismo, se remitirá a los servicios por los que roten los residentes y a los servicios que roten por Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El protocolo ha sido consensuado con los órganos de dirección del centro y aprobado por la Comisión de Docencia. Se revisará anualmente y siempre que se produzcan cambios normativos, formativos u organizativos relevantes.