

PROTOCOLO DE SUPERVISION DE ESPECIALISTAS EN FORMACION DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE



Autores: Dr. José Montojo Woodeson y Dr. Javier Gavilanes Plasencia.
Tutores de residentes

Revisado por: Dr. Alfredo García Fernández. Jefe de Servicio

- Fecha de realización: 1/3/2022
- Fecha de aprobación por Comisión de Docencia: Mayo 2022
- Fecha de revisión: marzo 2025

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 3 |
| 2. Legislación vigente | 3 |
| 3. Objetivo | 4 |
| 4. Niveles de supervisión | 5 |
| 5. Estructura y rotaciones en el servicio de angiología y cirugía vascular | 6 |
| 6. Niveles de supervisión específica según año de residencia | 8 |
| 7. Situaciones de presencia física obligada del adjunto | 10 |
| 8. Supervisión en actividades docentes | 10 |
| Anexo I. Niveles de complejidad quirúrgica..... | 12 |

1. Introducción

La vocación docente del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital 12 de Octubre, en activo desde el año 1978, se concretó desde sus inicios en una plaza MIR cada año desde el año 1979.

La labor de los residentes en formación forma parte fundamental de la labor asistencial de nuestro Servicio, pero esta labor solo se puede desarrollar de forma efectiva y segura si asumen de forma gradual las diversas competencias que deben conformar la trayectoria formativa en los cuatro años de que consta el programa formativo de nuestra especialidad.

Para que estos objetivos puedan llevarse a cabo, es necesaria una labor de supervisión acorde al nivel formativo de cada uno de los médicos residentes. Dicha supervisión podrá ir decreciendo de forma ordenada, a la vez que se podrán asumir de forma progresiva niveles de responsabilidad creciente, que le permitirán al finalizar su formación afrontar la práctica diaria propia del especialista. Esta supervisión permitirá asimismo optimizar su formación en sus aspectos académico, investigador y docente.

En este documento se recogen las recomendaciones recogidas a tal efecto en la legislación específica de la Comunidad de Madrid, así como las de la Comisión de Docencia de nuestro Hospital y las de los tutores de residentes, el Jefe de Servicio y del resto de adjuntos implicados en la docencia de nuestro Servicio. Este protocolo debe ser conocido por todos los profesionales implicados en la asistencia de pacientes en cualquier área del hospital en los que los residentes estén presentes.

2. Legislación vigente

La obligatoriedad de desarrollar un protocolo de supervisión de residentes queda reflejada en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud. El capítulo V de dicho RD se encarga de regular de forma específica dos aspectos esenciales en este sentido: el deber general de supervisión y la responsabilidad progresiva del residente.

El deber general de supervisión se recoge en el artículo 14 (RD 183/2008) y recuerda en este punto el carácter docente de todas las instituciones del sistema sanitario:

“De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser

utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.”

De este principio se concluye que el deber general de supervisión es inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes.

La supervisión progresiva del residente se desarrolla en los artículos subsiguientes del RD. Así este proceso implicará:

- Una progresiva asunción de responsabilidades a lo largo del programa formativo de la especialidad.
- Un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo.

Para el desarrollo de la supervisión progresiva, el RD insta a las Comisiones de Docencia y Unidades Docentes al desarrollo de los correspondientes protocolos:

Art. 15.5 “Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés”

En cuanto al procedimiento de supervisión progresiva del residente, el RD destaca en su desarrollo algunos elementos centrales, como son:

- Los residentes deben estar supervisados por los profesionales de la unidad docente, e informar a los tutores sobre las actividades realizadas por estos.
- Los responsables de los equipos asistenciales deben coordinar con los tutores sus actividades, para garantizar la formación y supervisión de los residentes.
- La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales del servicio.
- La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año, tendrá carácter progresivo. Los tutores podrán impartir instrucciones específicas a este respecto, según las características de la especialidad, y el proceso individual de adquisición de competencias.

3. Objetivo

El objetivo de este protocolo es asegurar la correcta supervisión de la actividad asistencial de los residentes del Servicio de ORL del Hospital 12 de Octubre, para de esta forma mejorar su formación y asegurar una asistencia segura y de calidad a nuestros pacientes.

4. Niveles de supervisión

Las actividades que los residentes realizan a lo largo de su programa de formación se irán adquiriendo de forma progresiva, con un nivel de responsabilidad que se irá incrementando con el tiempo y con un nivel de supervisión que irá disminuyendo. Así pues, distinguiremos 3 niveles progresivos:

- **Nivel 3:** responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por el personal facultativo y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.
- **Nivel 2:** responsabilidad media/supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal facultativo.
- **Nivel 1:** responsabilidad máxima/supervisión a demanda. Las habilidades permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. El residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

La transición de un nivel de responsabilidad a otro debe realizarse con carácter progresivo y no dependerá en exclusiva del año de residencia. Se valorará de forma conjunta con las habilidades adquiridas y demostradas y debe ser individualizada.

5. Estructura y rotaciones en el servicio de otorrinolaringología

La actividad asistencial del Servicio de Otorrinolaringología se lleva a cabo en los siguientes 4 grupos de actividades:

1. **Actividad quirúrgica:** Realización o participación en intervenciones quirúrgicas. Las intervenciones se clasifican en 4 grupos en función del nivel de dificultad ascendentes, nombrados con letras consecutivas de la A a la D (ver anexo 1).
2. **Consultas externas:** Valoración de pacientes nuevos o revisiones en consultas externas. Esta actividad se realiza en dos tipos de consultas: consultas generales y consultas monográficas, contemplando así en estas últimas el especial desarrollo de algunas subespecialidades de la Otorrinolaringología.
3. **Hospitalización:** Valoración, tratamiento y seguimiento de los pacientes ingresados a cargo del servicio de ORL, que incluye a los pacientes que van a ser o han sido operados de forma programada y los pacientes ingresados desde el área de urgencias para tratamiento intrahospitalario. También se incluye en este grupo la actividad correspondiente a las interconsultas hospitalarias de pacientes a cargo de otros servicios y que requieren valoración por ORL.
4. **Urgencias:** La atención en urgencias se realiza durante el horario laboral de lunes a viernes por residentes asignados a esta actividad, y fuera de dicho horario por los residentes que cada día están de guardia. En ambas situaciones los residentes cuentan para su supervisión del adjunto que cada día se hace cargo de la guardia de 24 horas.

Además de la actividad asistencial, los residentes requerirán supervisión a distintos niveles en formación teórica (preparación y realización de sesiones clínicas) e investigadora (participación en proyectos de investigación, ensayos clínicos y tutela en la realización artículos para revistas y tesis doctoral).

Programa de rotaciones según el año de residencia

Las rotaciones de los residentes de ORL se han organizado por año de residencia del siguiente modo:

| | Tiempo asignado |
|------------------------|--|
| Primer año | |
| <i>Urgencias</i> | 11 meses (simultánea con las otras dos) |
| <i>Hospitalización</i> | 11 meses (simultánea con las otras dos) |
| <i>Quirófano</i> | 11 meses (simultánea con las otras dos) |

| | Tiempo asignado |
|-------------------------|--|
| Segundo año | |
| <i>Hospitalización</i> | 11 meses (simultánea con las otras dos) |
| <i>Consulta general</i> | 11 meses (simultánea con las otras dos) |
| <i>Quirófano</i> | 11 meses (simultánea con las otras dos) |
| <i>Neuro-radiología</i> | 1 mes |

| | Tiempo asignado |
|-------------------------------|--|
| Tercer año | |
| <i>ORL pediátrica</i> | 6 meses |
| <i>Consulta monográfica</i> | 3 meses (simultánea con la siguiente) |
| <i>Quirófano</i> | 3 meses (simultánea con la anterior) |
| <i>Cirugía reconstructiva</i> | 1 mes |

| | Tiempo asignado |
|-------------------------|--|
| Cuarto año | |
| <i>Quirófano</i> | 10 meses (simultánea con la siguiente) |
| <i>Consulta general</i> | 10 meses (simultánea con la anterior) |
| <i>Rotación externa</i> | 1 mes (hasta 3 meses en función del interés) |

Los objetivos específicos de cada periodo de rotación están reflejados de forma pormenorizada en la Guía Itinerario Formativa Tipo (GIFT) de Otorrinolaringología, disponible en la Web de Docencia:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/docencia>

Durante las rotaciones fuera de nuestro servicio, la supervisión se llevará a cabo por los miembros de los servicios por los que rota el residente, excepto en lo referente a las guardias de ORL que se sigan realizando en nuestro hospital.

Las guardias médicas de la especialidad se realizan acompañado de un médico adjunto de ORL. Todas las guardias se acompañan del descanso reglamentario posterior, salvo en los casos contemplados en la ley, actualizada a la normativa de agosto de 2020.

6. Niveles de supervisión específica según año de residencia y la actividad realizada

A continuación, se describen los niveles de supervisión progresiva detallando el nivel específico de supervisión para cada actividad y año de residencia.

La asignación de los niveles de supervisión debe adaptarse a la situación de cada residente de forma individualizada, ya que cada residente tiene un ritmo de desarrollo teórico y técnico diferente.

No se ha asignado el nivel 1 de supervisión a ninguna de las intervenciones quirúrgicas realizadas en quirófano ya que entendemos que siempre deben contar con la supervisión presencial del adjunto, y así se encuentra reflejado en la organización de la actividad interna de nuestro servicio, donde siempre hay asignado al menos un adjunto para cada quirófano. De igual manera, las intervenciones quirúrgicas en quirófano durante la actividad de urgencias, se realizarán siempre con adjunto presencial, salvo en las situaciones excepcionales en que haya que realizar más de un procedimiento quirúrgico al mismo tiempo por necesidades de la urgencia y no haya más personal ORL disponible en el hospital, como puede suceder durante las guardias fuera del horario laboral. Por todo ello, el máximo nivel de supervisión que alcanzan al realizar procedimientos quirúrgicos como residentes es el nivel 2.

| HOSPITALIZACIÓN | R1 | R2 | R3 | R4 |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Realización de la anamnesis y exploración básica del paciente | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Solicitud de pruebas audiológicas | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Solicitud de pruebas de imagen | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Interpretación de pruebas de imagen | 2-1 | 2-1 | 2-1 | 2-1 |
| Realización de nasofibroskopias y endoscopias rígidas nasales | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Realización de nasofibroskopias y endoscopias rígidas nasales con procedimientos adicionales: biopsias, inyecciones, extracción de cuerpos extraños, | 3-2 | 2-1 | 1 | 1 |
| Curas de oído en postoperatorios | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Extracción de taponamientos nasales | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Curas en postoperatorios de pacientes oncológicos, curas de heridas quirúrgicas y de traqueostomas con cambio de cánula | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Técnicas de anestesia local y sutura | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Valoración del paciente en unidades de críticos | 3-2 | 2-1 | 2-1 | 2-1 |
| Valoración del paciente por PICs | 3-2 | 2-1 | 1 | 1 |
| Información a paciente y familiares | 3-2 | 2-1 | 2-1 | 2-1 |
| Realización de informes de alta | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Pauta de medicación en MUP | 2-1 | 1 | 1 | 1 |

| CONSULTAS | R1 | R2 | R3 | R4 |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Realización de la anamnesis y exploración básica del paciente | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Solicitud de pruebas audiológicas | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Solicitud de pruebas de imagen | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Realización de nasofibroskopias y endoscopias rígidas nasales | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Realización de nasofibroskopias y endoscopias rígidas nasales con procedimientos adicionales: biopsias nasales o de cavum, inyecciones, extracción de cuerpo extraño | 3-2 | 2-1 | 1 | 1 |
| Curas de oído en postoperatorios | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Extracción de taponamientos nasales | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Curas en postoperatorios de pacientes oncológicos, curas de heridas quirúrgicas y de traqueostomas con cambio de cánula | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Técnicas de anestesia local y sutura | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Técnicas de infiltración intratimpánica para la sordera súbita idiopática | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| QUIRÓFANO | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Realización de Checklist quirúrgico | 2-1 | 2-1 | 1 | 1 |
| Preparación del sitio quirúrgico (colocación de lentes, lavado, rasurado, y pañeado) | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Colocación del paciente | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Lavado de manos | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Uso del material quirúrgico básico | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Cirugías de nivel A | 3-2 | 2 | 2 | 2 |
| Cirugías de nivel B | 3 | 3-2 | 2 | 2 |
| Cirugías de nivel C | 3 | 3 | 3-2 | 2 |
| Cirugías de nivel D | 3 | 3 | 3-2 | 3-2 |
| Realización de informes quirúrgicos | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Información a familiares del paciente operado | 3-2 | 2 | 2 | 2 |
| URGENCIAS | R1 | R2 | R3 | R4 |
| Realización de la anamnesis y exploración básica del paciente | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Solicitud de pruebas clínicas y radiológicas | 3-2 | 2-1 | 2-1 | 2-1 |
| Interpretación de pruebas clínicas y de imagen | 3-2 | 3-2 | 2-1 | 2-1 |
| Drenaje de abscesos en adultos * | 3-2 | 2-1 | 2-1 | 2-1 |
| Otros procedimientos en adultos que no precisen quirófano: aspiración y extracción de cuerpos extraños (oído, nariz o faringe), cauterización y taponamiento nasal* | 3-2 | 2-1 | 1 | 1 |
| Tratamiento de pacientes en observación | 2-1 | 1 | 1 | 1 |
| Indicación de necesidad de cirugía | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Realización de informes de alta | 3 | 1 | 1 | 1 |

* Muchos de los procedimientos de cirugía menor que realizamos sin problemas en adultos con anestesia local, en niños se hacen mucho más complicados y a menudo precisarán de anestesia general, por lo que habrá que valorar cada caso individualmente.

Rotantes de otros servicios por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital 12 de Octubre

Actualmente el Servicio de ORL acoge la rotación de los residentes de nuestro hospital de Medicina Familiar y Comunitaria, de Medicina del Trabajo y de Alergia, en todos los casos de 1 mes de duración. Los residentes de MFYC realizan guardias de ORL durante su rotación, siempre junto a un residente y un adjunto de ORL.

Nuestro Servicio también recibe con frecuencia rotaciones no programadas y a demanda de residentes de ORL de otros centros, nacionales y extranjeros, interesados en alguna de las subespecialidades de la ORL de mayor desarrollo en nuestro servicio. En algunos de estos casos, los residentes de ORL nacionales realizan a petición propia guardias de ORL en nuestro hospital, pero siempre acompañados de un residente y un adjunto de ORL de nuestro centro.

La supervisión de los rotantes de otros centros y especialidades es equiparable a todos los efectos a la de los R1 de nuestra especialidad en nuestro Servicio, incluso en el caso de residentes de ORL, debido a que no podemos asumir el nivel de responsabilidad y autonomía de residentes con los que no hemos tenido contacto previamente.

7. Situaciones de presencia física obligada del adjunto

Independientemente del año de residencia y de si es un residente del servicio o rotante, existen unas situaciones en las que el adjunto deberá estar presente:

- Cualquier cirugía, ya sea programada o urgente
- Situaciones críticas de riesgo vital que requieren toma de decisiones consensuadas con otras especialidades
- Solicitud de la presencia física por parte de paciente o familiar
- Situaciones de conflicto con paciente o familiar
- Solicitud de otros adjuntos de la presencia física del adjunto
- Conflicto con residentes o adjuntos de otras especialidades
- Solicitud por parte del residente por complicaciones en procedimientos que realizan de forma independiente.

8. Supervisión en actividades docentes

En este apartado se incluyen aquellas actividades en las que el residente puede actuar recibiendo información o dando formación a otros (docente). De manera general, la supervisión de estas actividades será llevada a cabo por los tutores de residentes junto con la colaboración del resto de adjuntos, especialmente en aquellas áreas más específicas.

Sesiones clínicas

Los residentes participaran desde el inicio de su residencia en las diferentes sesiones del Servicio. Su asistencia será obligatoria siempre que no lo impidan actividades asistenciales.

- Sesiones de presentación del estado de los pacientes hospitalizados: los residentes presentarán cada uno de los pacientes ingresados a cargo de ORL indicando el motivo de ingreso, antecedentes personales, pruebas complementarias y de imagen, procedimientos realizados y evolución de los mismos. Los facultativos presentes en la sesión serán los encargados de la supervisión.

- Sesiones de presentación de la UMTCC (Unidad Multidisciplinar de Tumores de Cabeza y Cuello). Los adjuntos de la Sección de Oncología del Servicio de ORL asignarán qué residentes se encargarán de presentar los pacientes con patología oncológica del territorio ORL, en el comité que se reúne con frecuencia semanal para la presentación de casos a dicha Unidad. Serán supervisados por los adjuntos o, en caso de no estar estos presentes, por los adjuntos o el Jefe de Servicio que asistan al comité.
- Sesiones bibliográficas: Serán supervisadas por los tutores de residentes y en algunos casos por otros adjuntos o el Jefe de Servicio.

Formación de otros residentes

Los residentes participarán de manera activa en la docencia impartida a los residentes menores, si bien la supervisión de las labores de todos ellos será llevada a cabo por los facultativos del Servicio. Los posibles conflictos entre residentes en cuanto a este aspecto serán comunicados como primera vía de solución de conflicto al Tutor de Residentes.

Formación pregrado

Los residentes de ORL participarán en la formación pregrado como Colaboradores de Docencia Práctica, siendo supervisada dicha actividad por los facultativos del Servicio de ORL, principalmente por aquellos que imparten clases a los alumnos de medicina.

Anexo I. Niveles de complejidad quirúrgica

1. Nivel A:

- Miringotomía y colocación de drenajes trasntimpánicos
- Adenoidectomía
- Amigdalectomía
- Laringoscopia directa y microcirugía de laringe
- Turbinoplastia (radiofrecuencia, turbinectomía)
- Septoplastia
- Biopsias con anestesia local fuera del territorio cervical
- Traqueotomía
- CENS básica (infundibulotomía, etmoidectomía anterior, antrostomía media)

2. Nivel B:

- Adenectomía cervical
- Extracción de cálculos salivales por vía peroral
- Cateterismo de conductos de Wharton y Stenon
- Miringoplastia
- Timpanoplastia sin mastoidectomía, reconstrucción timpano-oscicular (RTO)
- Drenaje de abscesos cervicales profundos en quirófano
- Cirugía LASER de vía aerodigestiva superior para tumores benignos

3. Nivel C:

- Estapedotomía y estapedectomía
- Cirugía del CAE (exostosis, osteomas, colesteatoma del CAE)
- Timpanoplastia con mastoidectomía
- Implantes osteointegrados del oído (BAHA, PONTO, etc.)
- Cirugía LASER de vía aerodigestiva superior para tumores malignos
- Submaxilectomía
- Coagulación o ligadura de arteria esfenopalatina
- Faringoplastia (lateral y de expansión)
- Vaciamiento ganglionar cervical
- CENS avanzada (etmoidectomía posterior, esfenoidotomía, DRAF seno frontal)
-

4. Nivel D:

- Otras cirugías avanzadas del oído: implantes de oído medio, implantes cocleares, descompresión/drenaje del saco endolinfático, obliteración de conductos semicirculares para el VPPB refractario, laberintectomía, neurectomía vestibular
- Cirugía del nervio facial
- Laringectomía total o parcial por vía externa
- Reconstrucción con colgajos loco-regionales axiales (pectoral



- mayor, supraclavicular, trapecio, frontal, FMM, temporal, etc)
- Parotidectomía superficial o total
 - Tiroidectomía total o hemitiroidectomía, paratiroidectomía
 - Rinoplastia funcional
 - CENS de la base del cráneo (hipófisis, estesioblastoma, nasofibroangioma juvenil)