

**ITINERARIO FORMATIVO DE LA
ESPECIALIDAD DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
2014-2015**

**COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO
MATERNO-INSULAR DE
GRAN CANARIA**

AGRADECIMIENTOS:

Quiero plasmar mi agradecimiento al Dr. José Luís Artilés Hernández, por su desinteresada colaboración en la realización de este programa docente.

Este programa docente es realizado in memoriam del Dr. Manuel Acosta Ramírez, compañero y amigo al que todos echamos de menos.

Dr. Daniel Pérez Plasencia

INDICE

Personal y Descripción del Servicio de Otorrinolaringología.....	5
Justificación del programa.....	11
1. Denominación	12
2. Introducción	13
3. Definición de la Especialidad.....	15
4. Objetivos formativos específicos.....	16
5. Desarrollo del programa de formación en Otorrinolaringología.....	19
5.1. Niveles de responsabilidad.....	19
5.2. Guardias.....	21
5.3 Sesiones Clínicas.....	22
5.4. Libro del residente.....	30
6. Actividades asistenciales/rotaciones.....	32
6.1. Primer año.....	32
6.2. Segundo año.....	33
6.3. Tercer año	33
6.4. Cuarto año.....	34
7. Regulación de la evaluación del periodo formativo.....	35

8. Regulación de la relación laboral.....	37
--	-----------

ANEXOS

Anexo 1: Formación en Patología Otológica.....	38
---	-----------

Anexo 2: Formación en Patología Nasosinusal.....	43
---	-----------

Anexo 3: Formación en Patología Oral y Orofaringea.....	48
--	-----------

Anexo 4: Formación en Patología Laríngeo-faringea y Cérvico-facial.....	53
--	-----------

Anexo 5: Formación en Patología laríngea-foniátrica.....	61
---	-----------

Anexo 6: Actividades Comunes de la Comisión de Docencia.....	65
---	-----------

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL C.H.U.I.M.G.C.

Jefe de Servicio: Ramos Macías, Angel

Médicos Adjuntos:

Armesto Fernández, Aser

Benítez Robaina, Susana

Benitez Martin, Francisco

Bolaños Hernández, Pilar

Bueno Yáñez, Jorge Manuel

Camargo Camacho, Pilar

Corujo Santana, Candido

Cuyas Lazarich, Jose María

De Ramos Díaz, Jose Luis

Guerra Jiménez, Gloria

Lisner Contreras, Isidoro

Molina Iglesias, Francisco

Osorio Acosta, Angel

Pérez Plasencia, Daniel

Vasallo Morillas, Jose Ramón

Zaballos González, Maria Luisa

Médicos Residentes:

Viera Artiles, Jaime

Gutiérrez Salazar, Andrés

Cop, Constanza

Vega Ubai, Darío

Profesores de Universidad: Ramos Macías, Angel (profesor titular)

Pérez Plasencia, Daniel (profesor asociado)

Osorio Acosta, Angel (profesor asociado)

Tutor de Residentes: Pérez Plasencia, Daniel

DESCRIPCION DEL SERVICIO

El servicio de Otorrinolaringología cuenta con una estructura de personal común al resto de los servicios:

- **Jefe de Servicio o de Departamento.** Es el responsable de la programación y gestión de la actividad del servicio.

- **Jefes de Sección.** Tienen a su cargo parcelas concretas de la especialidad o unidades clínicas específicas (están solicitadas dos jefaturas de sección para nuestro servicio, aun en periodo de estudio por la gerencia y el Servicio Canario de la Salud).

- **Facultativos especialistas de área o adjuntos.** Se encargan directamente de la asistencia en las áreas de consulta externa, urgencias, hospitalización y quirófano; de la docencia, de la investigación y de las funciones administrativas básicas del servicio.

- **Foniatra.** La Patología del Lenguaje es la gran olvidada junto con la Terapia Ocupacional y la Psicología de los Programas de Rehabilitación. El Foniatra, en nuestro caso el Dr. Luis Goenaga del Servicio de Rehabilitación, es el especialista de referencia en patología del lenguaje. Su procedencia formativa es de España, de la Escuela Médica de Foniatría de la Universidad de Salamanca.

1. Realizará la exploración, diagnóstico y tratamiento de las perturbaciones y trastornos del desarrollo del lenguaje como afasias, disartrias, disfemias, dislalias, disglosias y alteraciones de la voz como endocrinofonías, disfonías y psicofonías.

2. Indicará tratamiento tanto a la población adulta como la infantil.

3. Valorará la urgencia del tratamiento y participará en la revisión conjunta que haya lugar, del proceso rehabilitador en general.

- **Logopeda.** Profesionales encargados de realizar la terapéutica de la patología del lenguaje, fonación y comunicación humanos, siguiendo las indicaciones y pautas del Foniatra. Sus funciones son:

1. Practicar técnicas de relajación en determinadas terapias, programando estudios de atención y concentración.

2. Efectuar y adiestrar en ejercicios respiratorios a los pacientes de diversas patologías que lo requieran.
3. Efectuar y adiestrar en ejercicios deglutorios a los pacientes de diversas patologías que lo requieran.
4. Realizar ejercicios determinados de psicomotricidad. Orientación a familiares de pacientes con afasias, disfonía, dislalias, laringectomizados, etc.

· **Médicos Internos Residentes.** Son los médicos en formación integrados por completo en la estructura organizativa de nuestro servicio con dos facetas, la formativa, que es la esencial, y la asistencial, que sirve especialmente para afianzar los conocimientos y habilidades adquiridos en la formativa.

· **Personal de enfermería.** Deben tener conocimientos sobre la especialidad ya que se encargan del mantenimiento del instrumental y del aparataje, de la farmacia del servicio y de la realización de algunas pruebas especiales (por Ej.: audiometría, impedanciometría, otoemisiones acústicas...); además de las funciones comunes al puesto de trabajo. Consideración aparte debe tener el personal de quirófano en cuanto a la complejidad que requiere el manejo y mantenimiento del instrumental y aparataje usado. Con frecuencia no es posible contar con personal fijo en el quirófano de Otorrinolaringología por lo que se contará con el personal que designe el Supervisor de enfermería.

· **Auxiliar de Enfermería.** Ayudar a los pacientes especialmente a los que carecen de autonomía propia en aseo e higiene personal, vestido y actividades de la vida diaria cualesquiera que sea el nivel asistencial, en áreas de consulta externa o áreas terapéuticas. Mantenimiento del instrumental, mobiliario clínico, aparataje,, lencería. Control diario al final de la jornada laboral de todas las instalaciones del servicio, dejándolas en perfecto uso. Colaborar con médicos y resto de profesionales a realizar adecuadamente su labor.

· **Personal no sanitario.** Contamos con nuestra secretaría propia, constituida por dos auxiliares administrativos, específicamente encargadas del área de adultos y del infantil respectivamente.

El resto del personal no sanitario es común al resto del hospital:

o Celadores. (aquí existe la única excepción al contar el Servicio con un celador en consulta externa de adultos encargado de agilizar el trabajo en esta

consulta)

- o Personal de Limpieza.
- o Personal de Lavandería.
- o Personal de Cocina.
- o Personal de Mantenimiento.
- o Personal de Informática.
- o Personal de Administración.

Este Servicio de Otorrinolaringología cuenta con un área de consultas policlínica, áreas de exploración audiológica, área de exploración vestibular, área foniatría, sala clínica para pacientes ingresados, quirófano, sala y medios para disección anatómica microscópica y endoscópica, sala de reuniones.

El complejo hospitalario depende del Servicio Canario de Salud y cuenta con dos edificios independientes para la atención de adultos y materno-infantil.

Es un Complejo Hospitalario terciario, de referencia con 805 camas, cubriendo la asistencia infantil de la isla de Gran Canaria y el área sanitaria Sur en el caso de los adultos.

A nivel quirúrgico contamos con quirófano de adultos y de niños, diferenciados en cada uno de los edificios del complejo. En total se cuenta con una actuación 21.000 intervenciones al año, siendo el complejo de referencia regional para cirugía cardíaca infantil, lesionados medulares e implantes cocleares.

El Servicio de Otorrinolaringología cuenta con 10 quirófanos semanales, estos están dotados con sistemas de motores, microscopios de alta resolución con capturadora de imágenes y visores laterales para formación, torre de cirugía endoscópica con captura de imagen y luz xenón, sistemas de láser de diodo y co2, sistemas de radiofrecuencia, monitores de nervio periférico.

El área de consultas está dotado con mesas y sillas de exploración específicamente diseñadas para la Otorrinolaringología, salas de exploración endoscópica, salas de exploración microscópica y un área de exploración audiométrica de adultos con cabina insonorizada.

En el caso de la zona de consulta infantil existe un área de exploración audiométrica de niños con cabina insonorizada que permite la exploración en espacios abiertos y la realización de peepshow y reflejos condicionados de

orientación. En esta zona también se realiza el screening auditivo y es posible la realización de timpanometrías y potenciales evocados auditivos.

El total de camas asignado al Servicio de Otorrinolaringología dentro del complejo hospitalario asciende a 20, divididas entre las de larga estancia y las de cirugía mayor ambulatoria y cirugía de alta precoz.

La realización de guardias es localizada por parte de los facultativos destinando un facultativo independiente para el área infantil y para el de adultos. Las urgencias son atendidas en el Area de Urgencias, salvo casos específicos que son tratados en la zona de consultas o en quirófano.

Justificación del programa

El programa formativo en la especialidad de Otorrinolaringología que se presenta, ha sido realizado en enero de 2010, siguiendo el contenido del Programa Oficial de la Especialidad Médica de Otorrinolaringología, elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Otorrinolaringología y verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, para su aplicación a los residentes de la Especialidad de Otorrinolaringología, que hayan superado las pruebas selectivas 2007, 2008 y 2009, para acceder en el año 2008, 2009 y 2010 a plazas de formación sanitaria especializada.

ORDEN SCO/1262/2007, de 8 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología (BOE nº 110, de 8 de mayo 2007).

En julio de 2009 se actualizó el programa formativo básicamente en lo referente a la responsabilidad y nivel de habilidad en las guardias médicas, así como en la rotación del médico residente de Otorrinolaringología durante el primer año por el Servicio de Urgencias, la rotación en Atención Primaria con tutor de medicina familiar y comunitaria y la rotación del médico residente de Otorrinolaringología durante el segundo año por el Servicio de Rehabilitación, en la sección de Foniatría.

Denominación oficial de la especialidad

Otorrinolaringología

Duración: Cuatro años

Licenciatura previa: Medicina

Tipo de especialidad: No troncal, Especialidad Médico-Quirúrgica

2. Introducción

La especialidad médico-quirúrgica de Otorrinolaringología, que tiene hoy perfectamente delimitadas sus funciones, dentro de la ciencia médica, en orden a la actuación de diagnósticos y tratamientos de los padecimientos de los órganos del oído, la nariz, la faringe, la laringe y el cuello, nació a mediados del Siglo XIX.

A mediados del siglo XIX van surgiendo las distintas especialidades médicas, producto del progreso originado de aplicar a la medicina tradicional la mentalidad positivista, en el sentido de que solamente limitando el campo de actuación y profundizando en el mismo, puede llegarse a alcanzar cotas más elevadas y útiles de conocimiento y una mejora de los resultados terapéuticos.

En España los factores que favorecen la aparición de las especialidades son:

La evolución demográfica; con la reducción de la población rural y el aumento de la urbana, con el consiguiente aumento del número de enfermos en las grandes ciudades y la progresiva concentración urbana de los médicos, algunos de los cuales se van a especializar en determinados aspectos de la ciencia médica, lo cual solo es posible en las urbes por el número de pacientes y la facilidad en el transporte y todo ello apoyado en la aparición de las sociedades científicas y academias que favorecen la formación de estos primeros especialistas.

La aparición y desarrollo de los Hospitales que pasan de ser locales de almacenamiento de pacientes a lugares donde se aplican progresivamente los avances médicos que la ciencia médica va adquiriendo en su faceta investigadora. Aparece la asepsia, la iluminación, las exploraciones, etc. Esta es la base de los modernos Hospitales actuales y de la especialización de sus facultativos.

En España parece que la práctica médica de la Otorrinolaringología nace en el Hospital Antón Martín, en Madrid, en el Siglo XVII, pero no se puede hablar de verdadero nacimiento de la especialidad de Otorrinolaringología hasta mediados del Siglo XIX con el Dr. Rafael Ariza, quien primero en Sevilla y luego

en Madrid fue el introductor de la Otología y de la laringología en España a partir de sus estancias en hospitales europeos donde se practicaban ambas ramas entre 1870 y 1876.

El desarrollo posterior de la especialidad en España ha sido a través del sistema de Escuelas, basado en grupos de profesionales formados junto a destacados profesores que después se han extendido por todo el país. A la escuela de Madrid se unen progresivamente las de Barcelona, Santiago de Compostela, Santander, Bilbao, Cádiz, Sevilla, Málaga, Zaragoza y Valencia.

A partir de 1886, la enseñanza de la Otorrinolaringología, lo mismo que la de otras especialidades, vio aparecer la promulgación del Real Decreto del Ministerio de Fomento de 16 de septiembre en el que se creaban en las Facultades de Medicina las asignaturas y cátedras de Histología y Enfermedades de la Infancia y los cursos libres de Oftalmología, Otología, Sifilografía, Dermatología y Neuropatías.

En 1896 surge en la Facultad de Medicina de Madrid el curso especial de Otorrinolaringología, siendo obligatorio dicho curso desde 1902, tras un real decreto de 21 de Septiembre.

Surgen al tiempo las Cátedras de Otorrinolaringología en las distintas facultades a partir de 1902, primero en Madrid y en Barcelona, luego en Cádiz, Granada, Santiago, Sevilla, Salamanca, Valencia, Zaragoza y Valladolid siendo este el sistema que permitió a las Escuelas su formación y desarrollo.

3. Definición de la especialidad y campo de acción

La Otorrinolaringología es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las afecciones médicas y quirúrgicas del oído y de las vías aerodigestivas superiores (boca, nariz, faringe y laringe) y de las funciones que se derivan de estas (audición, respiración, olfacción, deglución y fonación: voz y habla), así como de las estructuras cervicales y faciales conectadas o relacionadas con dichas patologías y funciones.

Ser Otorrinolaringólogo significa conocer con precisión la fisiología, fisiopatología, expresión clínica, métodos de reconocimiento diagnóstico, nosología, procedimientos terapéuticos, médicos y quirúrgicos, de todas las áreas patológicas y órganos que se han descrito anteriormente al analizar el ámbito de actuación de la especialidad.

En los últimos años se vienen produciendo cambios importantes en la práctica de la Otorrinolaringología debidos al desarrollo de la especialidad y a la aplicación progresiva de las nuevas tecnologías que al ampliar sus campos de acción requiere la actualización de conocimientos y habilidades.

Por otra parte, la actualización de los programas de la especialidad viene determinada al tiempo por las nuevas tendencias de la medicina en general, de la gestión clínica, la bioética y la dimensión de los nuevos programas organizativos y de funcionamiento del sistema sanitario.

4. Objetivos formativos específicos

El programa de formación de especialistas en Otorrinolaringología tiene por objeto:

Facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes del médico residente, para que todo ello lo capacite en su desarrollo profesional, asegure su autoformación continuada y lo aliente en la investigación clínica.

El presente programa formativo persigue que el residente alcance un aprendizaje integrado de la Otorrinolaringología en sus facetas teórica, práctica y científica. Al finalizar el mismo debe de estar dotado de las habilidades y conocimientos suficientes para actuar como Otorrinolaringólogo general y estar en posesión de los conocimientos y recursos personales que le permitan en el futuro desarrollarse en áreas de mayor complejidad de la especialidad.

El amplio marco de la Otorrinolaringología requiere que el programa provea una formación médica y quirúrgica en las áreas de morfología, embriología, biología celular, fisiología, farmacología, anatomía patológica, microbiología, bioquímica, genética molecular e inmunología en especial en los aspectos relacionados con la especialidad, y con especial énfasis en sus aspectos relacionados con las vías respiratorias y digestivas superiores, las ciencias de la comunicación, incluyendo el conocimiento de la patología del lenguaje, los sentidos del gusto y del olfato, y la endocrinología y neurología en su relación con la especialidad de Otorrinolaringología.

La formación en anatomía debe incluir la disección en el cadáver de la cara, cuello, hueso temporal y áreas próximas. La formación en anatomía patológica debe hacerse con el patólogo que estudie los especímenes quirúrgicos y las biopsias y que realice las necropsias de los pacientes del servicio de ORL.

Mayor profundización debe obtenerse en el campo de la audiolología y de la exploración vestibular, así como en otras técnicas electrofisiológicas aplicadas en la especialidad, así como en la interpretación de las técnicas de imagen, en la endoscopia rígida y flexible, y en las técnicas de rehabilitación auditiva, vestibular, respiratoria, de la deglución y de la voz.

Un aspecto fundamental del programa es la experiencia quirúrgica. Aunque no

es posible que los residentes adquieran experiencia en todos y cada uno de los procedimientos operatorios incluidos en la especialidad, el número y variedad de las intervenciones realizadas debe abarcar los distintos campos de la Otorrinolaringología, de forma que el residente en formación tenga los fundamentos quirúrgicos para acometer con éxito intervenciones futuras no hechas en el período formativo. Es muy importante que al finalizar el período formativo las intervenciones realizadas por los residentes de un servicio sean similares en cantidad y calidad, a fin de no producir desequilibrios en la formación de unos respecto a otros.

El programa debe facultar la adquisición de experiencia de forma progresiva y planificada bajo supervisión de los médicos integrantes del Servicio, ya sea en la consulta externa o en el quirófano, de manera que al finalizarlo el residente pueda tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas solidamente asentadas.

La formación teórica, que debe apoyarse en el sistema de tutorías, es otro aspecto destacado del programa. Para ello es aconsejable programar conferencias y sesiones sobre ciencias básicas dadas por personas con experiencia en la materia que se trate, a las que asistan los residentes y los médicos de plantilla. Es esencial que los médicos integrantes del Servicio participen en la educación en ciencias básicas y haya una interacción con los residentes.

Además, se deben programar seminarios sobre temas clínicos, sesiones clínicas de mortalidad y morbilidad, de tumores y sesiones interdisciplinarias.

Basándonos en estos principios la formación puede distinguirse en:

I. Formación teórica: el contenido formativo se indica en el Anexo I de este programa

II. Formación practica por objetivos: queda desglosada en el Anexo II de este programa

III. Actitudes: durante la residencia se debe completar la formación con otros aspectos de vital importancia para su futuro como médico especialista:

- Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.

- Actitud de colaboración con otros profesionales de la salud, mostrando respeto y valoración positiva del trabajo de los demás.
- Anteponer el bienestar físico, mental y social del paciente a cualquier otra consideración. Ser especialmente sensible a los aspectos humanos y principios éticos y legales del ejercicio profesional.
- Ser objetivo en el estudio y resultados de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, informando fielmente de los beneficios y riesgos, manteniendo una actitud crítica acerca de la eficacia y costes de los procedimientos.
- Conciencia de la repercusión económica de las decisiones tomadas.
- Tomar decisiones sobre la base de criterios objetivos y de validez contrastada. Medicina basada en la evidencia y guías de práctica clínica.
- Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familiares con especial referencia al derecho de información.

IV. Formación científica: el médico en periodo de formación deberá adquirir progresivamente la experiencia necesaria en el diseño de protocolos de investigación en el campo de la Otorrinolaringología, con participación activa en la confección de trabajos de investigación y la asistencia a cursos y congresos científicos.

Durante el período de formación sería aconsejable que el médico residente iniciara y terminase el tercer ciclo académico de doctorado en Otorrinolaringología y realizase su Suficiencia Investigadora.

Se apoyará, desde el Servicio de Otorrinolaringología, la realización de la tesis doctoral por parte de los médicos residentes.

5. Desarrollo del programa de formación, Otorrinolaringología

El primer año de formación, tiene como meta el conocimiento y aprendizaje de la metodología de trabajo de otras especialidades médicas y quirúrgicas, relacionadas directamente con Otorrinolaringología y por otro lado, obtener información sobre la realidad actual de esta especialidad. El resto del período es de formación específicamente Otorrinolaringológica.

5.1. Niveles de responsabilidad

La adquisición progresiva de responsabilidades bajo la tutorización directa o delegada es la base de la formación del médico residente. La capacidad o habilidad para la realización de determinados actos médicos, instrumentales o quirúrgicos, guarda relación con el nivel de conocimientos y experiencia. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la ley 44/2003, de 21 de Noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan el programa de formación Otorrinolaringológica. En este sistema el residente asumirá progresivamente responsabilidades en la especialidad con un nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo.

A estos efectos, se han diferenciado tres niveles de responsabilidad:

Nivel III:

Son procedimientos básicos e imprescindibles para una correcta base formativa del residente. Incluyen:

Historia clínica. Conocimientos en semiología Otorrinolaringológica.
Recepción de enfermos nuevos.

Procedimientos diagnósticos: Responsable en procedimientos elementales (realización de la historia clínica en Otorrinolaringología, examen físico del enfermo Otorrinolaringológico, otoscopia, exploración microscópica de cavidades, rinoscopia anterior y posterior, faringoscopia, laringoscopia

indirecta, inspección y palpación cervical, y reconocimientos de las patologías más comunes).

Iniciarse en el examen endoscópico Otorrinolaringológico. Colaborador en procedimientos diagnósticos más elaborados como biopsias directas o realización de pruebas funcionales como audiometrías, impedanciometrías, otoemisiones acústicas, potenciales evocados, rinomanometrías.

Procedimientos quirúrgicos: Conocimientos, circunstancias preoperatorias y asistencia postoperatoria.

Realización de pequeñas intervenciones quirúrgicas (traqueotomía bajo anestesia general, adenoidectomía, amigdalectomía y drenajes transtipánicos).

Cirugía experimental, con iniciación en talleres de fresado de hueso temporal y disecciones en cadáver de cuello y cara.

Nivel II:

Procedimientos de nivel intermedio de complejidad

Procedimientos diagnósticos: Experto en todos los procedimientos de anamnesis y diagnósticos generales. Inicio en la anamnesis y diagnóstico en consultas específicas (Unidad de hipoacusia, Otorrinolaringología Infantil...)

Procedimientos quirúrgicos: Experiencia en procedimientos del nivel III.

Realización de operaciones de mediana complejidad (laringoscopias directas, microcirugías laríngeas, acceso quirúrgico al área ótica y cervical, cirugía de cornetes, uvulopalatofaringoplastias, palatoplastias. Exámenes endoscópicos con intervenciones sobre pequeñas lesiones nasales.

Ayudantía de operaciones mayores e iniciación en procedimientos monográficos de nivel I.

Nivel I:

Procedimientos complejos

Procedimientos diagnósticos: Experto en todos los procedimientos generales y finalización en el de procedimientos monográficos específicos.

Procedimientos, quirúrgicos: responsable en un número determinado de grandes operaciones (timpanoplastias, otoplastias, timpanotomías exploradoras, estapedectomías, mastoidectomías, cirugía del implante coclear, cirugía endoscópica nasosinusal, septoplastias, septorrinoplastias, cirugías abiertas de los senos paranasales, cirugías de acceso endoscópico a hipófisis, traqueotomías bajo anestesia local, traqueotomías infantiles, exploración endoscópica infantil bajo ventilación espontánea, cervicotomías, cirugías láser de la laringe, laringectomias parciales, laringectomias subtotales, laringectomias totales, vaciamientos cervicales funcionales, radicales y radicales modificados, faringectomías, laringofaringectomías ,.

La formación específica en su faceta asistencial además de ser de calidad debe estar cuantificada; entre otros se consideran instrumentos adecuados de medida:

- a) Informes realizados de alta de pacientes ingresados.
- b) Informes realizados de pacientes atendidos en policlínica.
- c) Actividad quirúrgica realizada: durante el período formativo el residente debe llevar a cabo un mínimo de intervenciones significativas, tales como:

40 adenoidectomías, 40 amigdalectomías, 20 drenajes transtimpánicos, 30 microcirugías de laringe, 15 septoplastias, 15 cirugías de oído medio, 20 traqueotomías, 10 cirugías endoscópicas nasosinusales, 10 cirugías oncológicas de laringe y 6 vaciamientos cervicales.

Debiendo existir un equilibrio entre el número y variedad de la patología intervenida que justifique una adecuada formación quirúrgica.

5.2. Guardias

Los residentes tienen que participar en la atención continuada de los pacientes; dicha actuación está regulada desde el punto de vista laboral, quedando obligado el residente por su contrato de trabajo en prácticas y percibiendo una remuneración específica por su ejercicio.

Por otro lado, el aspecto docente de las guardias médicas es importante, al cumplir una labor formativa encaminada al aprendizaje del manejo de las

situaciones de urgencia que puedan presentarse durante su periodo de formación o posterior ejercicio profesional.

Las guardias de los residentes de Otorrinolaringología son de presencia física y tienen asignados unos niveles de habilidad y responsabilidad en su realización:

Nivel I: Actuaciones de forma independiente, sin necesidad de tutorización. El residente ejecuta y después informa.

Nivel II: El residente tiene conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar la actividad con independencia, por lo que debe esta debe realizarse bajo la supervisión del tutor o facultativo.

Nivel III: Estas actividades serán ejecutadas por el personal sanitario facultativo con asistencia y observación del residente.

Horario de las guardias:

- Días laborales: desde las 15:00 horas hasta las 8:00 horas del día siguiente. Los viernes y vísperas de festivo terminará a las 9:00 horas.
- Sábados: desde la 9:00 horas hasta las 9:00 horas del domingo.
- Domingos y festivos: desde las 9:00 horas hasta las 8:00 horas del día siguiente.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS RESIDENTES EN LAS GUARDIAS COMISION DE DOCENCIA DEL H.U.I.G.C.

La participación de los residentes en la asistencia continuada de los enfermos se deriva de los dos aspectos, docente y laboral, que definen su vinculación con el hospital.

Por una parte, las guardias cumplen una labor formativa encaminada al aprendizaje del manejo de las situaciones de urgencia y de la atención continuada del enfermo. Por otra, el residente está obligado a colaborar en las labores asistenciales del hospital, como contempla su contrato de trabajo en practicas y por las que, en el caso de las guardias recibe remuneración específica.

Durante el periodo de formación, el residente estará adscrito en un determinado equipo de guardia que variará en función de su especialidad y año de residencia.

Dado lo complejo que puede ser el Servicio en “las horas punta”, que coinciden con los cambios de guardia, es imprescindible la **puntualidad (ello implica la posibilidad de dejar con antelación la labor asistencial previa)**

Se realizarán guardias en:

1. Guardias en el Servicio de Urgencias Hospitalario
2. Guardias en Planta de Hospitalización.
3. Guardias de Servicios Centrales

○ **Niveles de habilidad y responsabilidad del residente en formación**

NIVEL I: Actuaciones de forma independiente sin necesidad de tutorización. El residente ejecuta y después informa

NIVEL II: El residente tiene conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar la actividad con independencia, por lo que debe realizarse bajo supervisión del tutor o facultativos

NIVEL III: Estas actividades serán ejecutadas por el personal sanitario con asistencia y observación del residente

- **La supervisión del residente de primer año será de presencia física** y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales **en las que intervengan los residentes de primer año**

- La supervisión decreciente de los residentes de presencia física a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo
- Las guardias del personal en formación serán de presencia física

I. ¿Quién hace guardias?

Todo los residentes según su especialidad y según contemple su programa de formación.

II. Horario de guardia

- Los días laborales el horario de guardia es desde las 15:00 horas hasta las 8:00 horas del día siguiente.
- Los sábados el horario de la guardia es desde las 9:00 horas hasta las 9:00 horas del domingo
- Los domingos, y festivos el horario de guardia es desde las las 9:00 horas hasta las 8:00 horas del día siguiente
- Los viernes y vísperas de festivo la guardia comenzará a las 15.00 h y terminará a las 9.00 h del día siguiente
- Desde que eximió del pase de planta de los sábados, éste no exime del inicio de las guardia en el horario correspondiente

III. Bajas por enfermedad

- Si un residente se pone enfermo, debe comunicarlo con la mayor antelación posible, y **sus guardias** programadas **serán cubiertas** por médicos de su grupo de **listado de sustitución de guardias no excediendo del numero máximo permitido por legislación vigente**
- En el caso de imposibilidad o enfermedad de un residente en formación para realizar sus guardias, éstas se **repartirán** entre el resto de residentes de su grupo de forma lógica y equitativa, teniendo los compañeros **“la obligación de cubrir dichos puestos que quedaran vacantes”**.
- Aquellos residentes que no pueden cubrir la guardia deberán notificarlo a la mayor brevedad posible a SU TUTOR/A, AL ENCARGADO DE LOS RESIDENTES DE LA LISTA DE GUARDIA de las distintas unidades y a la COMISIÓN DE DOCENCIA con el fin de poner en marcha la lista de sustituciones. A excepción de aquellos casos en los que la no asistencia de la guardia tenga lugar durante el curso del día en cuestión, los que no lo notifiquen a primera hora serán motivo de parte disciplinario.

- **No se recurrirá a los residentes que hayan tenido guardia el día anterior o que tenga guardia el día siguiente**

IV. Lista de sustituciones

- Forman parte todos los residentes del pool de guardias: departamento de medicina Interna, cirugía general, traumatología, urología, medicina intensiva, anestesia, nefrología, hematología, urología, cardiología, radiología, oftalmología, medicina física y rehabilitación, psiquiatría, bioquímica, farmacia, microbiología
- Se recurrirá a la misma desde el momento que haya baja justificada y no se haya solucionado hasta el momento del inicio de la guardia.
- Cada residente tiene que conocer su lugar en la lista de sustituciones de guardia y estar localizable.
- En horario laboral el residente en formación que no puede acudir a la guardia por motivos de causa mayor lo notificará A SU JEFE SERVICIO/SESIÓN, TUTOR/A, AL ENCARGADO DE LOS RESIDENTES DE LA LISTA DE GUARDIA DE LAS DISTINTAS UNIDADES DOCENTES Y A LA COMISIÓN DE DOCENCIA con el fin de poner en marcha la lista de sustituciones.
- Los fines de semana y festivos el residente en formación que no puede acudir a la guardia por motivos de causa mayor lo notificará con la suficiente antelación a sus compañeros residentes de guardia ése día, para cubrirla con los compañeros de la lista de sustituciones de guardia. Si al inicio de la guardia no se hubiera resuelto se comunicará por el resto de los compañeros de guardia al jefe de la guardia.
- La negación o ausencia de respuesta por parte del residente en formación para cubrir la guardia por el listado de sustituciones compromete al residente a infringir una falta grave, que se notificará a la comisión de docencia por el jefe de la guardia en cuestión.

V. Cambios de guardia.

Al tener que hacer planificación de guardias (se hacen con dos meses de antelación) si se desea realizar un cambio de guardia debe comunicarse como mínimo 48 horas antes, para hacer las correcciones en los listados.

Se deberá rellenar el correspondiente formulario firmado por los implicados en el cambio de la guardia

VI. **Guardias de Urgencias del Hospital**

Se dispondrá de **listado de guardias, de todas las unidades docentes** tanto en el Servicio de Urgencias Hospitalario, en la Comisión de Docencia, en la Secretaria de la planta 7ª, y en las distintas Secretarías de las Unidades Docentes afectadas de los siguientes :

- Guardias del **Servicio de Urgencias:**
 - Residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (remitida desde Coordinación de Atención Primaria)
 - Residentes de otras especialidades en dicho Servicio.
- Guardias de **planta de Hospitalización :**
 - Residentes del Departamento Medico: M. Interna, Cardiología, Nefrología, Neurología, Oncología, Endocrinología, Hematología, Dermatología (voluntarias a partir del segundo año), Psiquiatría, Digestivo, Medicina Física y Rehabilitación
 - Residentes del Departamento Quirúrgico: Traumatología y C Ortopédica, Cirugía General y Digestiva, Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesia, M. Intensiva, Urología
- Guardias de **Servicios Centrales:**
 - Residentes de: Bioquímica, Microbiología, Farmacia Hospitalaria, Radiología.

VII. **Distribución de guardias en el Servicio de Urgencias Hospitalario.**

Para ello se debe disponer del listado de guardias antes del día 15 de cada mes y **listado de sustituciones de guardias de Residentes de Especialidades** en el Servicio de Urgencias y en Planta de Hospitalización ,y de Medicina Familiar y Comunitaria (desde R1 a R4) .

- Habrá un **número fijo de residentes** en el Servicio de Urgencias que oscilará entre un mínimo de 5 y un máximo de 7:

- **R1:** mínimo 3 a máximo 5 (incluyendo residentes de medicina familiar y comunitaria y especialidades)
- **Residentes intermedios:** Residentes de 2º año de MFY C y de 2º año de especialidades.
- **Residentes mayores:** Incluye residentes de 4º y 5º año de especialidades médicas(optativos), residentes de 3º año de especialidades y residentes de 3º y 4º año de medicina familiar y comunitaria

□ **Ubicación de los Residentes en el Servicio de Urgencias**

- Los Residentes de primer año estarán distribuidos en:
 - Exploración: **NIVEL III**
 - Traumatología: **NIVEL III**
- Los residentes de 2º año se distribuirán en
 - Exploración: **NIVEL III-II**
 - Triage: **NIVEL III-II**
 - Traumatología: **NIVEL III-II**
- Los residentes de 3, 4º y 5º año si lo hubieran se distribuirán en:
 - Observación: **NIVEL II (3^{er} año); NIVEL II-I (4º - 5º año)**
 - Triage: **NIVEL II (3^{er} año); NIVEL II-I (4º - 5º año)**
 - Sala de emergencias: **NIVEL II (3^{er} año); NIVEL II-I (4º - 5º año)**

(*) Si no hay residente de 3º año o superior, la observación será cubierto por el Residente de 2º año

Los residentes deben procurar no coincidir en la misma ubicación en guardias consecutivas, es decir que en la medida de las posibilidades y según la necesidad de cada guardia, deben variar su localización, salvo en el caso de los residentes de 3º, 4º y 5º año que si podrán repetir la localización que por su condición se la asigna, de lo cual se desglosa la localización de año de formación:

Residente de primer año de formación (NIVEL III): Estos residentes deberán hacer guardias en la localización de exploración y traumatología, procurando en lo posible hacer la guardia en localización diferente a la anterior.

Residente de segundo año de formación (NIVEL III-II): Estos residentes deberán hacer las guardias en la localización de triaje, exploración y traumatología, procurando realizar las mismas de forma alterna. En las situaciones en las que no hubiera residentes de años superiores podrán realizar la guardia en la zona de observación y en caso de coincidir con otros compañeros de mismo año se tendrá en cuenta la rotación alterna antes mencionada.

Residente de tercer, cuarto (NIVEL II) y quinto año de formación (NIVEL II-I): Estos residentes deberán realizar las guardias en la zona de observación y sala de emergencias. En caso de coincidir residentes de tercer, cuarto y quinto año es el residente de quinto año el que deberá quedar localizado en dicha zona de la misma forma en caso de coincidir dos residentes de mismo año se tendrá en cuenta la rotación ya mencionada.

Todo lo anteriormente mencionado se verá sometido, en caso necesario a la consideración última del adjunto jefe de guardia en urgencias.

Ubicación de los Residentes según especialidades

- Residentes de 1º año de MFyC, Medicina Física y Rehabilitación:

Guardias rotatorias en:

- Exploración : **NIVEL III**
- Traumatología : **NIVEL III**

- Residentes de 1º año de otras especialidades:

Guardias rotatorias en:

- Exploración: (no es excluyente que alguna guardia se pueda realizar en traumatología): **NIVEL III. Los residentes de especialidades médicas no realizarán más de una guardia mensual en Traumatología puesto que no consta en su programa de formación.**

- Si existen 2 residentes intermedios (Residentes de 2º año):

- Uno de ellos ocupará exploración, y el otro triaje y/o traumatología: **NIVEL III-II**
- Si existen dos residentes mayores (Residentes de 3º año o superiores):
 - Uno de ellos ocupará Observación
NIVEL II (3^{er} año); NIVEL II-I (4º - 5º año)
 - y el otro ocupará sala de emergencias
NIVEL II (3^{er} año); NIVEL II-I (4º - 5º año)

Niveles de habilidad y responsabilidad del residente en formación

- Residentes de 1º año: **NIVEL III**
- **Patología otorrinolaringológica:**
 - Los residentes en formación de otorrinolaringología de primer año realizarán guardias de urgencias generales supervisado por el Adjunto de Urgencias, que esté prestando servicio de guardia de presencia física con un nivel de **responsabilidad tipo III**. A partir del segundo año de formación harán guardia específicamente de otorrinolaringología con un nivel de responsabilidad según el año de formación, supervisado por el especialista de otorrinolaringología que esté prestando servicios de guardia.
 - Servicio de Urgencias: Será valorada por el Residente correspondiente en el Servicio de Urgencias, supervisado por el Adjunto de Urgencias, posteriormente será avisado el Residente de Otorrinolaringología con un nivel de responsabilidad según el año de formación y supervisado por el especialista de Otorrinolaringología que esté prestando servicios de guardia, para su evaluación.
 - Planta de hospitalización de Otorrinolaringología: Será valorada por el residente de Otorrinolaringología con un nivel de responsabilidad según el año de formación y supervisado por el especialista de Otorrinolaringología que esté prestando servicios de guardia, para su evaluación.
 - Planta de hospitalización de otras especialidades Atenderán y apoyarán los problemas que se planteen durante la guardia, cuando se le requiera al residente de Otorrinolaringología con un nivel de responsabilidad según el año de formación en la valoración de patología subsidiaria de su especialidad y supervisado por el especialista de Otorrinolaringología que esté prestando servicios de guardia, para su evaluación

Niveles de habilidad y responsabilidad del residente en formación

- Residentes de 1º año: **NIVEL III**
- Residentes de 2º año: **NIVEL III-II**
- Residentes de 3^{er} y 4º año: **NIVEL II**

5.3. Sesiones Clínicas

Es obligación de los médicos internos residentes acudir a todas las Sesiones Clínicas realizadas en el Servicio de Otorrinolaringología.

Estas se basan en el calendario anual de Sesiones Clínicas Acreditadas por la Comisión Canaria de Formación Continuada.

A ella se añadirán las Sesiones Clínicas que el Tutor o el Jefe de Servicio consideren de interés para la formación de los médicos internos residentes de Otorrinolaringología y las Sesiones Clínicas Generales del Complejo Hospitalario que sean consideradas relevantes, todo ello con el objetivo de mejorar la formación de los mismos.

5.4. Libro del residente

En el libro del residente, con la firma del tutor responsable, se hará constar el número de intervenciones que se practican cada año en sus variantes de ayudante o responsable, así como otras actividades docentes, científicas y asistenciales que acrediten, al finalizar su formación, el cumplimiento adecuado de este objetivo.

Con carácter anual, el residente debe presentar una memoria de las actividades realizadas, en donde se especificará de forma clara:

1. Los pacientes vistos (con número de Historia Clínica y diagnóstico clínico)
2. Técnicas especiales realizadas (tipo de técnica, número de Historia Clínica del paciente al que se le realiza y el número de veces realizada)
3. Número de guardias realizadas
4. Actividades docentes (cursos de formación, foros, sesiones clínicas, talleres de trabajo, conferencias, congresos, realización o participación en comunicaciones o publicaciones)
5. Número de intervenciones quirúrgicas como ayudante o responsable (con número de historia clínica del paciente, diagnóstico preoperatorio y tipo de intervención)

Para poder ser evaluados y pasar al siguiente año de la residencia es imprescindible la presentación y aprobación de la memoria de actividades.

6. Actividades asistenciales/rotaciones.

Durante este periodo, el residente deberá adquirir un conocimiento básico sobre la realidad asistencial de nuestro Hospital y del Servicio de Otorrinolaringología en particular. En esta primera etapa, debe adquirir una formación general mediante la realización de rotaciones por la consulta de Otorrinolaringología con el objeto de familiarizarse con las características de la anamnesis y la exploración en Otorrinolaringología, así como de las pruebas diagnósticas habituales, debiendo alcanzar unos objetivos-operativos en cada rotación, de tres tipos: conocimientos, habilidades y actividades.

Durante el primer año de formación el residente tiene un NIVEL III de responsabilidad.

Los objetivos a completar durante cada uno de los periodos de rotación del medico residente en las distintas áreas de conocimiento de la especialidad de Otorrinolaringología y del Servicio se encuentran recogidos en los Anexos 1-5. Distinguimos en estos Anexos tanto objetivos teóricos como prácticos.

Aprovechando los recursos disponibles en nuestro Centro Hospitalario, el **PROGRAMA DE ROTACIONES** se distribuye de la siguiente forma:

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Consulta externa Otorrinolaringológica adultos 7 meses

Consulta externa de Atención Primaria, 1 mes durante el primer trimestre

Consulta externa Otorrinolaringológica infantil 4 meses

Consulta externa Otorrinolaringológica screening neonatal 4 semanas durante los 4 meses de infantil

Consulta externa Otorrinolaringológica unidad hipoacusia 8 semanas durante los 8 meses de adultos

Quirófano infantil como ayudante 2 meses

Quirófano traqueotomías programadas en UVI (ayudante los primeros 6 meses, cirujano los otros 2)

Realización del curso de protección radiológica y del curso de urgencias

Realización de los cursos de primer año de doctorado
Asistencia a las clases de ORL impartidas en la Facultad de Medicina

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Consulta externa Otorrinolaringológica y planta adultos 7 meses.
Cirugía menor, biopsias Consulta externa Otorrinolaringológica infantil y planta 4 meses
Quirófano infantil como cirujano 4 meses
Quirófano adultos (microcirugías laríngeas, amígdalas, adenoides) como ayudante 2 meses como cirujano 4 meses.
Laboratorio de fresado de hueso temporal 4 meses a distribuir en el año
Realización de los cursos de segundo año de doctorado y de la suficiencia investigadora
Realización obligatoria de cursos de cirugía en cadáver Otorrinolaringológica de hueso temporal, CENS y Cuello-cirugía oncológica
Rotación de 1 mes con foniatría para evaluación de las alteraciones de voz y audición
Asistencia a Neurocirugía para presencia en los procedimientos quirúrgicos de cráneo y cuello cuando se programen los mismos.

TERCER AÑO RESIDENCIA

Asistencia a los pacientes de planta infantil durante 2 meses y de adultos 10 meses
Quirófano infantil como cirujano 2 meses
Quirófano adultos (miringoplastias, mastoidectomias, septoplastias, CENS básica, traqueotomías urgentes), como ayudante 3 meses como cirujano 7 meses.
Cirugía de las Neoplasias de VADS, como ayudante 10 meses.
Realización de TESIS doctoral, primer año
Realización de cursos de cirugía en cadáver Otorrinolaringológica de hueso temporal, CENS y Cuello-cirugía oncológica a demanda del residente.

CUARTO AÑO RESIDENCIA

Quirófano adultos (timpanoplastias no tipo I, timpanotomías exploradoras, estapedectomías, CENS avanzada), como ayudante 4 meses como cirujano 8 meses.

Cirugía avanzada de las Neoplasias de VADS, como cirujano 12 meses.

Realización de TESIS doctoral, segundo año

Realización de cursos de cirugía en cadáver Otorrinolaringológica de hueso temporal, CENS y Cuello-cirugía oncológica.

7. Regulación de la evaluación del periodo formativo

La evaluación de los médicos residentes en formación es continua, aunque los informes sobre la misma son realizados con carácter anual en los tres primeros meses del siguiente año lectivo. El contrato del médico residente se prorrogará inicialmente por estos tres meses quedando supeditado al resultado de su evaluación.

La superación de estas evaluaciones parciales es imprescindible para acceder al siguiente ciclo formativo. El conjunto de estas evaluaciones parciales será recogido en las calificaciones anuales que reflejaran las calificaciones obtenidas por los residentes a lo largo de toda su formación

Las calificaciones se subdividen en Excelente (3) (muy por encima del nivel medio), Adecuado (2) (nivel medio, buen nivel profesional), Suficiente (1) (nivel medio, suficiente nivel profesional), No apto (0) (por debajo de la media de los residentes del Servicio).

Se valorarán a la hora de calificar a los médicos residentes:

Sus Conocimientos y Habilidades

El nivel de los conocimientos teóricos adquiridos

El nivel de habilidades y adiestramiento en los procedimientos propios de la especialidad

El nivel de criterio en el enfoque diagnóstico

El nivel de su capacidad para tomar decisiones

El nivel en su utilización racional de los recursos

Sus Actitudes

Motivación

Dedicación

Iniciativa

Puntualidad y asistencia

Nivel de responsabilidad

Relaciones con el paciente

Relaciones con el equipo de trabajo

Si existiese una evaluación negativa por reiteradas faltas de asistencia o notoria falta de aprovechamiento o insuficiente aprendizaje no susceptibles de recuperación, el Comité de evaluación lo notificará a la Comisión de Docencia y a la Dirección del Centro para proceder a la rescisión del contrato. Si la evaluación negativa fuese por suspensión de contrato, incapacidad laboral transitoria u otras causas legales de imposibilidad de prestación de servicios y se superara el 25% de la jornada anual, la Dirección General de ordenación Profesional podrá autorizar la repetición completa del periodo formativo.

8. Regulación de la relación laboral

El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (B.O.E. de 7 de octubre de 2006. Página 34864-34870).

TUTOR DE RESIDENTES

Dr. Daniel Pérez Plasencia

JEFE DE SERVICIO

Prof. Angel Ramos Macías

ANEXO 1

Conocimientos y habilidades relativos a la patología otológica durante el periodo de residencia.

Contenido teórico:

Embriología del oído.

Bases anatómicas del oído y el hueso temporal.

Fisiología auditiva.

Fisiología vestibular.

Semiología del oído (hipoacusia, vértigo, otalgia, acúfenos, otorrea y otros síntomas).

Exploración física.

Exploración Funcional Auditiva.

Exploración de paciente con Acúfenos.

Exploración de la Función Vestibular.

Diagnostico por imagen.

Malformaciones congénitas y adquiridas. Cirugía de las malformaciones.

Tapón de cerumen y epidérmico. Cuerpos extraños.

Patología inflamatoria del oído externo. Otitis externa. Otitis externa maligna.

Patología inflamatoria del oído medio. Fisiopatología de la trompa de Eustaquio. Ototubaritis. Otitis Media Aguda. OMA recurrente.

Otitis Seromucosa.

Otitis Media crónica. Aspectos generales. Otitis Media Crónica Simple.

Otitis Media Crónica Colesteatomatosa. Colesteatoma Congénito y Primario.

Complicaciones de las Otitis.

Secuelas de la Otitis Media Crónica.

Técnicas quirúrgicas en Otología. Conceptos generales. Vías de abordaje.

Cirugía del oído medio: Mastoidectomía y timpanoplastias.

Dispositivos implantables en otología: Implantes de oído externo y epítesis; implantes osteointegrados; implantes de oído medio.

Traumatismos del oído. Heridas. Conmoción laberíntica. Fracturas del hueso temporal. Secuelas.

Tumores del hueso temporal. Abordaje quirúrgico de la fosa yugular.
Resección lateral y total del hueso temporal.
Tumores del ángulo pontocerebeloso, petroclivales y del apex petroso.
Abordajes quirúrgicos.
Distrofias del hueso temporal. Otosclerosis. Cirugía de la otosclerosis.
Enfermedades autoinmunes del oído.
Hipoacusia neurosensorial congénita no genética.
Hipoacusias de origen genético.
Hipoacusias neurosensorial adquirida.
Detección precoz de la hipoacusia.
Audición y lenguaje. El niño sordo.
Evaluación del paciente con hipoacusia.
Audioprótesis Externas. Indicaciones. Selección del tipo de adaptación.
Adaptación y evaluación de resultados. Rehabilitación del paciente adaptado con prótesis.
Implantes cocleares. Implantes de tronco cerebral.
Síndromes vestibulares periféricos: Enfermedad de Meniere, neuronitis vestibular, vértigo posicional paroxístico benigno. Cirugía del vértigo.
Síndromes vestibulares de origen vascular: insuficiencia vértebrobasilar, migraña y vértigo.
Síndromes vestibulares centrales. Alteraciones oculomotoras.
Evaluación del paciente con trastornos del equilibrio y de la marcha.
Presbivértigo y caída en el anciano.
Semiología, exploración y patología del nervio facial.
Tratamiento de la parálisis facial periférica. Cirugía del nervio facial.

Contenido práctico:

A) Historia Clínica.

B) Exploración:

Otoscopia.

Exploración microscópica.

Endoscopia.

Pruebas audiológicas: Acumetría. Audiometría tonal.

Audiometría verbal.

Audiometría supraliminar.

Acufenometría: Timpanometría/Impedanciometría. OEA y productos de distorsión. Potenciales evocados auditivos (Latencia breve, Tronco, Latencias medias, Cortex).

Otras pruebas audiológicas.

Exploración vestibular: Clínica. Instrumental. Pruebas neurofisiológicas.

Neurofisiología y exploración del Nervio facial: Clínica. Pruebas neurofisiológicas.

Conceptos de rehabilitación auditiva en sordera profunda.

Evaluación de la adaptación protésica y de dispositivos implantables.

Conducta ante el paciente con Acúfenos.

C) Cirugía: La formación es muy especializada y precisa gran conocimiento de la anatomía, indicaciones y técnicas quirúrgicas así como prácticas en laboratorio de disección.

a) Prácticas prequirúrgicas: A partir del primer año disección tutelada en laboratorio de hueso temporal.

b) Aprendizaje de los gestos básicos de exploración: limpieza aspiración, endoscopia.

c) Técnicas:

Miringotomía y colocación de drenajes trastimpánicos.

Miringoplastia.

Mastoidectomía. Abiertas, cerrada, reconstrucción. Rehabilitación de cavidades.

Timpanoplastias con reconstrucción tímpano-osicular.

Técnicas de cirugía de dispositivos implantables.

Abordajes laterales de la base del cráneo.

Cirugía del nervio facial.

Cirugía de las malformaciones.

Cirugía oncológica del hueso temporal.

Cirugía de los traumatismos del hueso temporal.

Actividades por año de residencia:

Primer año de residencia:

Anamnesis.

Exploración física e instrumental.

Audiometría tonal y verbal.

Impedanciometría.

Laboratorio de hueso temporal.

Extracción de tapones y cuerpos extraños.

Realización e interpretación de las pruebas neurofisiológicas.

Asistente en Cirugía de oído medio y externo.

Segundo año de residencia:

Otoemisiones acústicas.

Extracción de tapones y cuerpos extraños.

Laboratorio del hueso temporal.

Miringotomía.

Drenajes transtimpánicos.

Participación en tiempos de cirugía de oído medio.

Ayudante en cirugía de oído medio.

Rehabilitación vestibular.

Cuidados del paciente postquirúrgico.

Exploración del nervio facial.

Tercer año de residencia:

Laboratorio de hueso temporal.

Exploración mediante potenciales evocados auditivos.

Miringoplastias.

Participación en tiempo de reconstrucción tímpano-osicular y cirugía de la otosclerosis.

Mastoidectomía.

Participación en cirugía de traumatismos, malformaciones y abordajes laterales de base de cráneo.

Participación en cirugía de dispositivos implantables.

Cuidados del paciente postquirúrgico.

Tratamientos intratimpánicos.

Exploración del nervio facial.

Cuarto año de residencia:

Laboratorio de hueso temporal.

Exploración sistema vestibular y oculomotor.

Evaluación de adaptación protésica.

Evaluación y manejo de los dispositivos implantables.

Cirugía reconstructiva del oído medio.

Participación en abordajes de base de cráneo, cirugía oncológica, cirugía de implantes y cirugía de las malformaciones.

Participación en cirugía del nervio facial.

Cuidados del paciente posquirúrgico.

Condiciones de entrenamiento en patología otológica.–El entrenamiento para la formación del especialista se debe de estructurar de forma escalonada:

Dominio de la anatomía: disección de cadáver. Es esencial y obligatorio que el residente realice un mínimo de 8 disecciones de huesos temporales antes de pasar a realizar la cirugía como cirujano principal.

Entrenamiento en interpretación radiológica. Cursos de cirugía en directo y en diferido (videocirugía) Adiestramiento en paciente real, con tutor, en las diferentes técnicas de cirugía otológica.

ANEXO 2

Conocimientos y habilidades relativos a la patología Nasosinusal durante el periodo de residencia.

Contenido teórico:

Embriología y anatomía de la nariz y de los senos paranasales. Variaciones anatómicas de las fosas nasales.

Fisiología de la nariz y de los senos paranasales. Mecanismos de la olfacción.

Fisiopatología rinosinusal.

Exploración de la nariz y de los senos paranasales. Rinoscopia, microscopía, endoscopia. Exploración funcional de las fosas nasales: rinometría y rinomanometría.

Diagnostico por imagen de la nariz y de los senos paranasales: radiología simple, tomografía computerizada, resonancia magnética. Técnicas especiales.

Síndromes nasales: insuficiencia respiratoria nasal, rinorrea, epistaxis, algias, alteraciones de la olfacción.

Patología de la pirámide nasal y del vestíbulo. Malformaciones de la nariz y de los senos paranasales.

Patología del septum nasal. Septoplastia.

Rinoplastia y septo-rinoplastia.

Epistaxis. Cuerpos extraños.

Traumatismos de nariz, senos y macizo facial. Rinorrea cerebro-espinal.

Tratamiento de las fístulas de LCR.

Patología inflamatoria de las fosas nasales: rinitis agudas y crónicas.

Rinitis específicas.

Rinitis vasomotora.

Rinitis alérgica.

Patología inflamatoria de los senos paranasales. Sinusitis agudas y crónicas: sinusitis maxilar. Sinusitis etmoidal. Sinusitis frontal. Sinusitis esfenoidal.

Sinusitis infantiles.

Poliposis nasosinusal.

Complicaciones de las sinusitis.

Tratamiento quirúrgico de las sinusitis y de sus complicaciones: cirugía de abordaje externo. Cirugía de abordaje endoscópico.

Algias craneofaciales.

Patología de la olfacción.

Tumores benignos, de las fosas nasales y de los senos paranasales.

Quistes y mucocelos de los senos paranasales. Tratamiento quirúrgico.

Tumores malignos de las fosas nasales y senos paranasales. Granulomas malignos.

Técnicas quirúrgicas en los tumores de senos. Abordajes de la base del cráneo anterior.

Fisiopatología y evaluación de la vía lacrimal. Dacriocistorrinostomía endonasal.

Cirugía endoscópica de la lámina cribosa, órbita, nervio óptico y silla turca/hipófisis.

Contenido práctico.

A. Historia Clínica.

B. Exploración:

Rinoscopia anterior y posterior.

Exploración microscópica de las fosas nasales.

Exploración endoscópica de las fosas nasales.

Interpretación de la exploración radiológica simple, tomografía computerizada, resonancia magnética y otras técnicas especiales.

Rinometría.

Rinomanometría.

Exploración de la olfacción.

Cirugía:

La cirugía nasal y sinusal exige un alto nivel de capacitación técnica en donde la habilidad quirúrgica se debe de conjugar con los avances tecnológicos en continua evolución. En la formación del cirujano es necesario tener en cuenta el aprendizaje no sólo de los abordajes endoscópicos, indicados en la mayor parte de los casos, sino también de los abordajes externos, abiertos, imprescindibles para un capítulo más reducido pero no por ello menos importante, especialmente en

los tumores.

Técnicas: En las técnicas quirúrgicas de nariz y senos hay que considerar por un lado el grupo de Externas y por otro el de Endoscópicas; se establece para cada grupo dos gradientes de dificultad, uno que incluye las técnicas que se consideran básicas, y otro que comprende las técnicas más difíciles y con mayor riesgo, que se consideran avanzadas.

Las técnicas quirúrgicas de nariz y senos se agrupan del siguiente modo:

Cirugía Endoscópica, Básica y Avanzada.

Cirugía de Abordaje Externo, Básica y Avanzada.

Cirugía Endoscópica y externa de la Base del cráneo anterior.

C.1 Cirugía Endoscópica Nasosinusal:

Básica: es la cirugía de iniciación, y su límite posterior es la lámina basal o raíz tabicante del cornete medio:

Septoplastia endoscópica.

Conchotomía lateral.

Turbinectomía parcial inferior.

Reducción turbinal con radiofrecuencia, electrocoagulación u otros sistemas.

Coagulación As. etmoidal anterior, posterior y esfenopalatina.

Biopsia endoscópica.

Infundibulotomía.

Antrotomía maxilar media e inferior.

Etmoidectomía anterior.

Dacriocistorrinostomía endonasal.

Avanzada: requiere el dominio previo de la cirugía básica, y comprende el abordaje de las regiones anatómicas de más difícil acceso por detrás de la lámina basal, así como el seno frontal.

Etmoidectomía posterior.

Esfenoidotomía.

Abordaje del receso y del seno frontal.

C.2 Cirugía nasosinusal de abordaje externo:

Básica: como procedimiento primario en patología del seno maxilar y del frontal que no se puede resolver con abordaje endoscópico:

Septoplastia convencional y/o con microscopio.

Rinoplastia.

Abordaje transmaxilar-gingivolabial del seno maxilar tipo Caldwell-Luc.

Trepano-punción del seno frontal.

Avanzada:

Abordaje transfacial del etmoides (Etmoidectomía externa).

Abordaje fronto-orbitario unilateral y bilateral, con o sin osteoplastia frontal.

Infundibulotomía fronto-etmoidal.

Abordaje de la fosa pterigomaxilar.

Abordaje transfacial del maxilar: Rinotomía lateral, Maxilectomía.

Mixta (endoscópica + externa):

Indicada en todas aquellas situaciones en las que el abordaje externo o endoscópico son insuficientes.

C.3 Cirugía de Base de Cráneo Anterior: Es una cirugía avanzada que incluye los abordajes externos para resecciones cráneo-faciales y los abordajes endoscópicos y mixtos del Techo etmoidal, Lámina cribosa, Orbita, Cavum, y Silla turca/hipófisis.

Actividades por año de residencia:

Primer año de residencia:

Rinoscopia anterior y posterior.

Exploración microscópica.

Resolución de las urgencias de nariz y senos no quirúrgicas.

Epistaxis: taponamiento anterior y posterior.

Curas microscópicas/Endoscópicas de operados de nariz y senos.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas por imagen.

Técnicas de exploración endoscópica rígida y flexible.

Exploración funcional de las fosas nasales.

Coagulación endoscópica de la a. etmoidal anterior y esfenopalatina.

Biopsias nasales, punciones de senos.

Septoplastia como ayudante.

Curas microscópicas/Endoscópicas de operados de nariz y senos.

Curas de abordajes externos.

Tercer año de residencia:

Septoplastia como cirujano.

Rinoplastia como ayudante.

Cirugía de abordaje externo como ayudante.

Cirugía endoscópica básica, como ayudante.

Cuarto año de residencia:

Rinoplastia como cirujano.

Cirugía endoscópica básica como cirujano.

Cirugía de abordaje externo como cirujano.

Cirugía endoscópica avanzada, como ayudante.

Cirugía de base de cráneo anterior, como ayudante.

ANEXO 3

Conocimientos y habilidades relativos a la patología oral y Orofaringea durante el periodo de residencia

Contenido teórico:

Embriología y anatomía de la cavidad oral y de la faringe.

Fisiología de la cavidad oral y de la faringe. Deglución.

Fisiología de gusto.

Semiología y exploración clínica.

Exploración por la imagen de la faringe.

Exploración funcional de la faringe. Exploración del gusto y de la deglución.

Malformaciones congénitas y adquiridas de la cavidad oral y de la faringe. Hendiduras labiopalatinas.

Patología inflamatoria de la cavidad oral.

Fisiopatología del anillo de Waldeyer.

Patología inflamatoria inespecífica de la faringe.

Faringoamigdalitis específicas. Manifestaciones faríngeas de las enfermedades sistémicas.

Complicaciones de las infecciones orales y faríngeas.

Amigdalectomía y adenoidectomía. Indicaciones, técnicas y complicaciones.

Traumatismos orales y faríngeos. Cuerpos extraños.

Roncopatía crónica. Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

Polisomnografía.

Tratamiento del SAOS con CPAP. Técnicas quirúrgicas y sus indicaciones.

Lesiones preneoplásicas de la cavidad oral. Tumores benignos y malignos de la cavidad oral.

Tumores de la rinofaringe.

Abordajes quirúrgicos de la rinofaringe.

Tumores de la orofaringe.

Abordajes quirúrgicos de la orofaringe.

Tumores de la hipofaringe.

Abordajes quirúrgicos de la hipofaringe. Cirugía reconstructiva del

tracto digestivo superior.

Patología neurológica de la faringe. Trastornos funcionales del segmento faringo-esofágico. Reflujo gastroesofágico.

Patología otorrinolaringológica en relación con el reflujo gastro-esofágico.

Contenido práctico:

A) Historia Clínica.

B) Exploración:

Exploración de la cavidad oral y orofaringe básica y endoscópica.

Exploración de la rinofaringe clásica y endoscópica.

Exploración de la hipofaringe clásica y endoscópica.

Interpretación de la exploración radiológica simple, tomografía axial computerizada, Resonancia.

Nuclear Magnética y otras técnicas especiales.

Polisomnografía.

Gustometría clásica, Electrogustometría y PEG.

Manometría faríngea y esofágica. pHmetría.

Exploración de los síndromes obstructivos y disfuncionales del tracto aerodigestivo superior.

C) Cirugía: La cirugía faríngea por su frecuencia (amigdalectomía, etc.) y el compromiso de sus complicaciones exige un alto nivel de experiencia que justifica un aprendizaje temprano. Por otra parte, la habilidad quirúrgica se debe de conjugar con los avances tecnológicos actuales y del futuro inmediato. Finalmente debe aclararse que una parte importante de la cirugía, en concreto la de los tumores de la hipofaringe, se estudia y aprende simultáneamente a los de la laringe y allí queda reflejada en sus aspectos prácticos.

Técnicas: En las técnicas quirúrgicas de faringe hay que considerar tres grupos:

En primer lugar el grupo de la Cirugía Básica, debe aprenderse tempranamente a partir del segundo año una vez se domina la exploración, y practicarse ampliamente antes de finalizar la formación pues han de convertirse en parte importante de un Otorrinolaringólogo básico.

En segundo lugar se encuentran las técnicas de Cirugía Mayor, de las que la cirugía de los tumores de la hipofaringe se aprende conjuntamente

con la de la laringe. Tanto ésta como la cirugía de los Tumores de la Orofaringe y Cavidad Oral se deben aprender a partir del segundo año y pueden resultar convenientes las rotaciones externas en función de la especialización de algunos Servicios.

Por último, hay un conjunto de técnicas y/o procedimientos algunos emergentes que emplean tecnología muy moderna que, si bien solo son aplicaciones mas o menos modificadas de métodos clásicos, sin embargo requieren conocimientos especiales que deben adquirirse de forma preliminar o informativa hasta que su efectividad y eficiencia sean claramente probada. Será entonces cuando pasarían a formar parte de los grupos anteriores adquiriendo con ello carácter claramente obligatorio en la formación del especialista que ahora no se les concede. Además existen algunas técnicas menores cuya realización comparten otras especialidades pero cuyo conocimiento debe poseer el especialista bien formado.

Las técnicas quirúrgicas se agrupan así en:

C.1 Cirugía Básica de la Faringe:

Biopsia de cavum.

Biopsia de orofaringe.

Biopsia de hipofaringe (sin anestesia general).

Adenoidectomía (A. General).

Amigdalectomía por disección (A. General).

Uvulopalatofaringoplastia.

Drenaje de absceso periamigdalares.

Resección pequeños tumores benignos vía natural.

C.2 Cirugía Mayor de la Faringe:

Cirugía de tumores benignos vía externa.

Cirugía de base de cráneo anterior.

Cirugía de los tumores malignos de la amígdala y orofaringe.

Cirugía de los tumores malignos de la base de la lengua.

Cirugía de los tumores malignos de la hipofaringe.

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

Colgajos por rotación y desplazamiento para la reconstrucción faríngea.

Colgajos pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción faríngea.

C.3 Procedimientos y Técnicas Especiales:

Cirugía láser del velo del paladar (ronquido-SAOS).

Cirugía radiofrecuencia y similares del velo del paladar (ronquido-SAOS).

Cirugía láser de tumores faríngeos.

Adenoidectomía con dispositivos electrónicos de sección-aspiración.

Procedimientos quirúrgicos para braquiterapia de los tumores faríngeos.

Actividades por año de residencia:

Primer año de residencia:

Anamnesis en faringología.

Inspección y palpación cérvico-facial.

Examen clásico y endoscópico de la orofaringe y cavidad oral.

Examen por rinoscopia posterior y endoscópico de la rinofaringe.

Examen por laringoscopia indirecta y endoscópico de la hipofaringe.

Resolución de las urgencias de faringe no quirúrgicas.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas por imagen.

Exploración funcional de la faringe.

Biopsias anestesia local.

Biopsias anestesia general.

Adenoidectomía.

Amigdalectomía.

Uvulopalatoplastia.

Curas de abordajes externos cirugía tumoral.

Cirugía de urgencia de los abscesos periamigdalares.

Tercer año de residencia:

Como ayudante:

Cirugía de tumores benignos vía externa.

Cirugía de los tumores malignos de la amígdala y orofaringe.

Cirugía de los tumores malignos de la base de la lengua.

Cirugía de los tumores malignos de la hipofaringe.

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

Colgajos por rotación y desplazamiento para la reconstrucción faríngea.

Colgajos pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción faríngea.

Cuarto año de residencia:

Como cirujano:

Toda la cirugía básica de la faringe (ver apartado anterior).

Cirugía de tumores benignos vía externa.

Cirugía de los tumores malignos de la amígdala y orofaringe.

Cirugía de los tumores malignos de la base de la lengua.

Cirugía de los tumores malignos de la hipofaringe.

Colgajos por rotación y desplazamiento para la reconstrucción faríngea.

Como ayudante:

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

Colgajos pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción faríngea.

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

El residente debe alcanzar la capacitación quirúrgica con autonomía completa durante su período formativo. Para ello la supervisión será decreciente a medida que se avanza en el proceso de adquisición de competencias.

No obstante, la realización de intervenciones complejas con completa autonomía requerirá un período de formación/entrenamiento adicional una vez completada la especialidad, (cirugía de los grandes tumores faríngeos, cirugía de la base del cráneo lateral)

ANEXO 4

Conocimientos y habilidades relativos a la patología Laríngeo-faríngea y Cérvico-facial durante el periodo de residencia

Contenido teórico:

A) Laringe:

Anatomía y embriología de la laringe.

Funciones respiratoria, esfinteriana y fonatoria de la laringe.

Fisiología y desarrollo del lenguaje.

Semiología y exploración básica de la laringe. semiología fonatoria.

Exploración endoscópica y microlaringoscópica.

Exploración por la imagen de la laringe y región cervical.

Exploración funcional de la laringe. el laboratorio de la voz.

Malformaciones congénitas laringotraqueales.

Traumatismos laríngeos. estenosis laringotraqueales infantiles y del adulto.

Laringitis agudas del adulto.

Laringitis crónicas.

Laringitis por reflujo. laringitis disfuncional.

Laringitis infantiles.

Trastornos neuromusculares de la laringe. fisiopatología, topodiagnóstico y tratamiento.

Tumores benignos de la laringe.

Pólipos, nódulos, quistes, edema de reinke y laringoceles. microcirugía laríngea.

Cuerpos extraños laríngeos y tráqueobronquiales.

Traqueotomía: indicaciones, técnica y complicaciones. intubación.

Neoplasias laríngeas intraepiteliales.

Aplicaciones de la biología molecular en el diagnóstico y tratamiento de los tumores de cabeza y cuello.

Tumores malignos de la laringe.

Indicaciones y planificación del tratamiento. protocolos de preservación de órgano con quimio-radioterapia.

Cirugía radical y parcial de los tumores malignos. cirugía láser.

Rehabilitación de los laringectomizados.

Fistuloplastias fonatorias. prótesis fonatorias. indicaciones y técnica.

Patología de la voz hablada y de la voz cantada.

Fonocirugía. Tiroplastias.

Fundamentos de la rehabilitación fonatoria.

B) Cuello:

Embriología, anatomía topográfica y anatomía quirúrgica de las regiones cervicofaciales.

Exploración cervical: inspección, palpación, examen por la imagen.

Estrategia para el diagnóstico de las masas cervicofaciales. Metástasis de origen desconocido.

Patología disontogénica cérvico-facial. Fístulas y quistes congénitos.

Patología inflamatoria cervicofacial. Celulitis. Abscesos. Linfadenitis.

Tumores cutáneos cervico-faciales: carcinoma epidermoide y basocelular.

Melanoma de cabeza y cuello.

Técnicas exéresis y reconstructivas de los tumores cutáneos.

Tumores vasculares y nerviosos cervicofaciales. Tumores benignos y malignos de partes blandas.

Drenaje linfático del área cérvico-facial. Punción y biopsia ganglionar.

Biopsia del ganglio centinela. Tratamiento físico y quimioterápico de las metástasis.

Las metástasis regionales en los tumores de cabeza y cuello. Vaciamientos radicales, funcionales y selectivos.

Cirugía reconstructiva de los grandes defectos cervicofaciales.

Manifestaciones del SIDA en Otorrinolaringología.

Embriología y anatomía de la tráquea y el esófago.

Fisiología del esófago.

Semiología, exploración básica, por imagen y funcional de la tráquea y el esófago.

Patología del esófago cervical.

Cuerpos extraños del esófago.

Patología de la tráquea cervical.

C) Glándulas tiroides y paratiroides:

Fisiología de las glándulas tiroides y paratiroides.

Exploración clínica del tiroides: PAAF, ecografía, escintigrafía y TAC.

Hipertiroidismo. Bocio nodular. Bocio intratorácico. El problema de los nódulos tiroideos.

Cáncer de tiroides. Técnicas quirúrgicas sobre el tiroides.

Hiperparatiroidismo primario y secundario: clínica y medios de exploración.

Cirugía de las paratiroides.

D) Glándulas Salivales:

Fisiología de las glándulas salivales.

Semiología, exploración clínica, por imagen y funcional de las glándulas salivales.

Patología no tumoral de las glándulas salivales.

Patología tumoral de las glándulas salivales.

Contenido práctico. Laringe:

A) Historia clínica.

B) Exploración:

Exploración básica de la laringe. Inspección y palpación laringocervical.

Laringoscopia indirecta y directa.

Endoscopia Laríngea con instrumental rígido. Registro y documentación gráfica.

Laringofibroscopia.

Laringoestroboscopia.

Interpretación de la exploración radiológica simple, tomografía axial computerizada, resonancia nuclear magnética y otras técnicas especiales.

Técnicas de análisis de la voz en el laboratorio de voz

Las técnicas quirúrgicas se agrupan en:

C.1 Cirugía básica laringocervical:

Biopsia por laringoscopia indirecta.

Biopsia por microcirugía.

Microcirugía laríngea de pseudotumores y pequeños tumores.

Traqueotomía reglada.

Traqueotomía / laringotomía de extrema urgencia.

Cirugía abierta de los tumores benignos.

Corpectomía.

C.2 Cirugía mayor laringocervical:

Cirugía de los tumores benignos vía externa.

Laringectomía horizontal supraglótica.

Laringectomía total.

Vaciamiento selectivo, funcional y radical cervical ganglionar.

Laringectomía subtotal.

Otras laringectomías parciales.

Fistuloplastias fonatorias primarias y secundarias.

Cirugía de los tumores malignos del seno piriforme.

Colgajos libres para la reconstrucción cervical.

Colgajos por Rotación y desplazamiento para la reconstrucción cervical.

Colgajos pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción cervical.

C.3 Procedimientos y Técnicas Especiales Laringocervicofaciales:

Cirugía láser del cáncer de laringe.

Actividades por año de residencia en laringe:

Primer año de residencia:

Anamnesis en laringología.

Inspección y palpación laringo-cérvico-facial.

Examen por laringoscopia indirecta y endoscópico de la laringe.

Resolución de las urgencias de laringe no quirúrgicas.

Traqueotomía reglada.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas por imagen.

Exploración estroboscópica de la laringe.

Biopsias anestesia local.

Biopsia por microcirugía laríngea.

Curas de abordajes externos cirugía tumoral.

Traqueotomía/ laringotomía de extrema urgencia.

Tercer año de residencia:

Estroboscopia.

Análisis funcional de la voz.

Como cirujano:

Cirugía láser de pequeños tumores.

Resto de cirugía básica de la laringe (ver apartado anterior).

Como ayudante:

Laringectomía horizontal supraglótica.

Laringectomía total.

Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar.

Cuarto año de residencia:

Como cirujano:

Laringectomía horizontal supraglótica.

Laringectomía total.

Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar.

Cirugía láser.

Fistuloplastias fonatorias.

Como ayudante:

Laringectomía subtotal.

Laringectomía supracricoidea.

Faringolaringuectomías. Cirugía de los tumores malignos del seno piriforme.

Cirugía reconstructiva faringolaríngea con colgajos.

Contenido práctico. Cuello:

A) Historia Clínica.

B) Exploración:

Inspección, Palpación Cervical.

Examen por la Imagen TAC, RNM, PET, gammagrafía cervical, angiografía.

Ultrasonografía, angiodoppler y otras técnicas.

C) Cirugía:

Biopsia punción aspiración.

Adenectomía.

Traqueotomía

Cervicotomía lateral.

Cervicotomía anterior.

Cirugía de los tumores benignos cervicales.

Cirugía de los tumores malignos cervicales.

Vaciamiento cervical ganglionar selectivo, funcional, radical y radical

modificado.

Reconstrucción con colgajos locales y regionales.

Colgajos libres con microanastomosis.

Actividades por año de residencia en cuello:

Primer año de residencia:

Anamnesis en patología cervical.

Inspección y palpación cervical.

Examen por imagen cervical.

Segundo año de residencia:

Biopsias anestesia local. Adenectomía.

Curas de abordajes externos cirugía tumoral.

Como ayudante: Cirugía de tumores benignos pequeños.

Resolución de las urgencias de quirúrgicas menores cervicales.

Tercer año de residencia:

Como cirujano: Cirugía de pequeños tumores benignos.

Resto de cirugía cervical básica (ver apartado anterior).

Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar.

Como ayudante: Cirugía de tumores benignos y malignos cervicales.

Reconstrucción con colgajos locales y regionales.

Cuarto año de residencia:

Como cirujano: Cirugía de tumores benignos y malignos cervicales.

Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar.

Como ayudante: Colgajos libres con microanastomosis.

Colgajos regionales.

Contenido práctico en glándulas tiroides y paratiroides:

A) Historia Clínica.

B) Exploración:

Exploración clínica de la glándula tiroides: Inspección, palpación.

Interpretación de las exploraciones de imagen: Gammagrafía con tecnecio/sestamibi, ecografía, TAC.

Interpretación de las pruebas funcionales de la glándula tiroides.

Interpretación de las pruebas funcionales de las glándulas paratiroides.

C) Cirugía:.

Técnicas: Las técnicas quirúrgicas de la glándula tiroides y de las paratiroides se deben de considerar en general como cirugía avanzada o mayor, que deben de aprenderse a partir del tercer año, pudiendo resultar conveniente las rotaciones externas en función de la especialización de algunos Servicios.

Las técnicas quirúrgicas se agrupan así en:

Paratiroidectomía.

Hemitiroidectomía.

Tiroidectomía subtotal.

Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

Actividades por año de residencia en glándulas tiroides y paratiroides:

Primer año de residencia:

Anamnesis en patología de tiroides.

Exploración clínica de la glándula tiroides.

Examen por laringoscopia indirecta y endoscópico de las cuerdas vocales.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas de diagnóstico por imagen.

Interpretación de las pruebas funcionales de la glándula tiroides.

Interpretación de las pruebas funcionales de las glándulas paratiroides.

Como ayudante:

Paratiroidectomía.

Tiroidectomía subtotal.

Hemitiroidectomía.

Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

Tercer año de residencia:

Como cirujano:

Hemitiroidectomía.

Paratiroidectomía (adenomas).

Como ayudante:

Paratiroidectomía (hiperplasias).

Tiroidectomía subtotal.

Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

Cuarto año de residencia:

Como ayudante:

Paratiroidectomía (hiperplasias).

Como cirujano:

Paratiroidectomía.

Tiroidectomía subtotal.

Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

Contenido práctico en patología de las glándulas salivales:

A) Historia Clínica.

B) Exploración:

Exploración clínica de las glándulas salivales: inspección, palpación.

Interpretación de las exploraciones radiológicas: radiología simple, sialografía, gammagrafía con tecnecio, TC, RMN, ecografía.

Pruebas funcionales: sialometría, sialoquimia.

C) Cirugía: La formación en cirugía de las glándulas salivales es parte importante en el programa de cirugía del cuello. La habilidad quirúrgica debe de adquirirse en el propio servicio donde cumple su programa o en servicios afines que practiquen este tipo de cirugía.

Técnicas: Las técnicas quirúrgicas de las glándulas salivales se deben agrupar en básicas y avanzadas. Las técnicas básicas se deben aprender a partir del segundo año, y las avanzadas a partir del tercero. Puede resultar conveniente las rotaciones externas en función de la especialización de algunos Servicios.

Las técnicas quirúrgicas se agrupan así en:

Básicas:

Exéresis de cálculos ductales.

Submaxilectomía.

Exéresis extracapsular de tumor benigno.

Avanzadas:

Parotidectomía parcial.

Parotidectomía total conservadora.

Parotidectomía total radical con y sin vaciamiento ganglionar

Reconstrucción del nervio facial.

Actividades por año de residencia en glándulas salivales:

Primer año de residencia:

Anamnesis en patología de las glándulas salivales.

Exploración clínica de las glándulas salivales.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas por imagen: radiología simple, sialografía, gammagrafía con tecnecio, TC, RMN, ecografía.

Cateterismo de conductos de Wharton y Stenon para realización de sialometría y sialoquimia.

Tercer año de residencia:

Como ayudante:

Exéresis de calculos ductales.

Submaxilectomía.

Exéresis extracapsular de tumor benigno.

Cuarto año de residencia:

Como ayudante:

Parotidectomía subtotal.

Parotidectomía total conservadora.

Parotidectomía total radical con y sin vaciamiento ganglionar.

Reconstrucción del nervio facial.

Como cirujano:

Exéresis de calculos ductales.

Submaxilectomía.

Exéresis extracapsular de tumor benigno.

ANEXO 5

Conocimientos y habilidades relativos a la patología laríngea-foniatrica durante el periodo de residencia

El médico residente de Otorrinolaringología debe adquirir conocimientos básicos teóricos y prácticos de Foniatría en el Servicio o Centro donde se desarrolle su programa, que podrá complementar con cursos específicos. Estos conocimientos deben garantizar que pueda abordar con conocimiento adecuado los problemas de comunicación verbal causados por patología de la voz, de la palabra y del lenguaje, así como los causados por patología auditiva que repercutan en el mismo.

Contenido teórico:

A) Bases de la comunicación verbal:

Bases anatomofisiológicas de la voz, el habla (palabra), y el lenguaje y la audición.

Bases neurofisiológicas de los procesos centrales (memoria, integración, etc.) del habla y de la audición.

Bases genéticas e influencia del entorno en el desarrollo de habilidades de la palabra, lenguaje y audición.

Procesos de crecimiento y edad de la voz, lenguaje y audición.

Aspectos fisiológicos y conductuales de la comunicación verbal.

Bases de acústica, fonética, fonología.

Bases de psicología y ciencias de la conducta.

B) Patología de la voz, la palabra y el lenguaje.

Epidemiología, etiología, patogenia, profilaxis, fisiopatología de:

Alteraciones congénitas de la voz.

Alteraciones del desarrollo de la voz.

Disfonía causada por hormonas.

Alteraciones funcionales de la voz con y sin lesiones secundarias en la laringe, incluyendo la disfonía ocupacional y la voz de cantante.

Disfonía por lesiones orgánicas de la laringe.

Alteraciones de la voz por enfermedades neurológicas y psiquiátricas, incluyendo parálisis de cuerda vocal.

Alteraciones de la voz postquirúrgicas y traumáticas.

Rinolalia (nasalidad) incluyendo hendidura palatina.

Retrasos del lenguaje.

Alteraciones de la lectura, escritura y cálculo (Dislexia, Disgrafía).

Disfemia (tartamudez).

Disfasia, Afasia.

Otras alteraciones de la palabra y lenguaje en enfs. neurológicas y psiquiátricas.

Alteraciones auditivas infantiles centrales y periféricas.

Agnosia acústica.

C) Interpretación de exploraciones diagnósticas:

Examen de la respiración en relación con la fonación.

Análisis de la vibración de las cuerdas vocales.

Microlaringoscopia directa e indirecta.

Análisis de la voz y de los sonidos del habla.

Examen de las funciones periféricas y centrales de la voz y el habla, incluyendo tests adecuados.

Métodos subjetivos y objetivos para explorar la audición central y periférica.

D) Conocimiento en terapéutica:

Terapia médica de afecciones foniátricas de causa inflamatoria, neurógena o psiquiátrica.

Terapia quirúrgica de la voz y el habla: Fonocirugía.

Audífonos e Implantes: indicaciones.

Métodos de rehabilitación de la voz, la palabra y el lenguaje, para: conferenciantes y cantantes, rinolalia, erigmofofonía, retrasos del lenguaje, errores de articulación, tartamudez, sordera infantil.

Contenido práctico:

A) Historia clínica.

B) Exploración:

Análisis de cuerdas vocales (Estroboscopia, Videoquimografía, Aerodinamia, Glotografía, etc).

Análisis instrumental de sonidos de la voz, palabra y lenguaje (Sonografía, Espectrografía, etc).

Exploración de las funciones centrales y periféricas del habla y lenguaje.

Tests subjetivos y objetivos para explorar la audición central y periférica.

C) Cirugía técnicas:

Microcirugía endolaríngea convencional.

Microcirugía endolaríngea con láser.

Fonocirugía en parálisis vocales: abordaje endolaríngeo y externo.

Fonocirugía en disfonías funcionales.

Actividades por año de residencia:

Primer año de residencia:

Laringoscopia indirecta con espejillo y óptica rígida.

Microcirugía endolaríngea tipo Kleinsasser como ayudante.

Segundo año de residencia:

Fibrolaringoscopia.

Laringoscopia directa.

Detección precoz de la sordera infantil: otoemisiones, potenciales evocados auditivos.

Microcirugía endolaríngea tipo Kleinsasser como cirujano.

Tercer año de residencia:

Laringoestroboscopia.

Análisis espectrográfico de la voz.

Microcirugía endolaríngea convencional como cirujano.

Microcirugía endolaríngea con láser como ayudante.

Cuarto año de residencia:

Fonocirugía como ayudante.

Microcirugía endolaríngea con láser como cirujano.

COMISION DE DOCENCIA H.U.I.G.C
PLAN TRANSVERSAL COMUN
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNES COMPLEMENTARIAS
OBLIGATORIOS RESIDENTES H.U.I.G.C. DURANTE SU FORMACIÓN

- 1 . Reanimación Cardiopulmonar Básico y Avanzada
- 2 . Bioética.
- 3 . Inicio y Metodología de la Investigación
- 4 . Curso de Protección Radiológica
- 5 . Gestión Clínica.
- 6 . Curso de Urgencias (al inicio de la residencia)
- 7 . Sesiones Generales Hospitalaria (primer jueves de cada mes)