

**ITINERARIO FORMATIVO DEL ESPECIALISTA EN FORMACIÓN DE  
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

José Manuel Ruiz Gómez, José Luis Vargas Fernández

# **ITINERARIO FORMATIVO DEL ESPECIALISTA EN FORMACIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

## **Unidad Docente de Otorrinolaringología**

José Manuel Ruiz Gómez, José Luis Vargas Fernández

Aprobado el 7 de marzo de 2012 en reunión de Comisión de Docencia (acta 2/2012)

### **1. DEFINICIÓN DE ESPECIALIDAD Y COMPETENCIAS**

La Otorrinolaringología es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades del oído y de las vías aero-digestivas superiores (boca, nariz, faringe, laringe) y de las funciones que se derivan de éstas (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.

En los últimos años se vienen produciendo cambios importantes en la práctica de la Otorrinolaringología debido al desarrollo de la especialidad y la progresiva aplicación de las nuevas tecnologías que al ampliar su campo de actuación requiere la actualización de conocimientos y habilidades.

Por otra parte, la actualización de este programa viene condicionada por las nuevas tendencias de la medicina en general, las técnicas de gestión clínica, el papel de la bioética y la dimensión de los nuevos problemas organizativos y de funcionamiento del sistema sanitario.

### **2. DURACIÓN DE LA FORMACIÓN**

Otorrinolaringología.

Duración: Cuatro años.

Licenciatura previa: Medicina.

### **3. OBJETIVOS GENERALES DE FORMACIÓN**

#### **3.1. OBJETIVOS GENERALES**

- Formar especialistas que, al final de su periodo de residencia, posean los niveles de competencia necesarios para el ejercicio de la especialidad que hayan elegido y sean capaces de actualizar sus competencias mediante el desarrollo de la idea de mejora continua.
- Conseguir profesionales comprometidos, responsables en la forma de ejercer sus opciones, copartícipes desde la óptica de la interdisciplinariedad en la mejora de la salud de la población, flexibles en su capacidad de analizar y dar respuestas a las demandas de una sociedad más igualitaria y más comprometida con la enriquecedora influencia de otras culturas
- Conseguir profesionales eficientes y que sean capaces de intercambiar conocimientos y experiencias con el resto de profesionales.

#### **3.2. COMPETENCIAS GENERALES A ADQUIRIR**

##### **3.2.1.- CONOCIMIENTOS**

- Adquirir conocimientos sobre la legislación vigente a nivel Nacional y Autonómico
  - Ley General de Sanidad
  - Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía
  - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
  - II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008
  - Derechos y Deberes de la ciudadanía. Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía
  - Procesos asistenciales Integrados de la Consejería de salud de la Junta de Andalucía

- RD 1132/1990 de protección radiológica en las personas sometidas a exámenes o tratamientos médicos, de 18 de septiembre
- Conocimientos básicos y esenciales en Bioética
  - Principios fundamentales de la bioética.
  - Factores psicosociales, étnicos y culturales que influyen en las decisiones sobre salud.
  - Metodología de análisis bioético.
  - Comités de ética asistencial y de investigación clínica
- Conocimientos básicos de Gestión Hospitalaria:
  - Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización, tiempos estimados de ingreso, indicaciones de altas, planificación del seguimiento ambulatorio, etc
- Conocimiento de los distintos Niveles de Asistencia:
  - Conocer la coordinación con los distintos dispositivos y recursos de la red socio-sanitaria, desde una óptica de continuidad de cuidados.
- Conocimiento de los distintos módulos existentes en el programa de formación complementaria PCCEIR:
  - Módulo I: Organización Sanitaria de Andalucía y Bioética.
  - Módulo II: Comunicación y habilidades relacionales en Ciencias de la Salud.
  - Módulo III: Investigación I. Estadística. Epidemiología. Manejo de la bibliografía médica. Medicina basada en la evidencia.
  - Módulo IV: Metodología de la Investigación.
  - Módulo V: Gestión de calidad: Gestión clínica y Gestión por procesos.
  - Módulo VI: Soporte Vital Avanzado
- Inglés, a nivel básico: escrito, leído y hablado
- Conocimientos de la intranet de la Consejería de Salud de Andalucía
- Conocimiento de la intranet propia hospitalaria (ARCHINET, RIS...)
- Conocimiento del programa común en los Servicio de Urgencias DIRAYA
- Conocimiento básico del paquete informático Microsoft Office a nivel usuario
- Conocimiento del Manejo de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía:
  - Bases de datos de interés sanitario y de acceso por Internet.

- Conocer los diferentes tipos de publicaciones: editoriales, consensos, revisiones, artículos originales
- Búsqueda e interpretación bibliográficos:
  - Interpretación de los estudios médicos: cuantificación del riesgo y la incertidumbre.
  - Lectura crítica de artículos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
  - Lectura crítica de las revisiones médicas.
  - Niveles de evidencia y grados de recomendación.
  - Lectura crítica de guías, protocolos y vías clínicas.
  - Búsqueda bibliográfica, bases de datos documentales.
- Estadística básica:
  - Etapas de un proyecto de investigación.
  - Tipos de estudios.
  - Elección de población y muestras.
  - Estadística: descriptiva, analítica, comparación de proporciones y medias.
- Conocimientos sobre metodología de investigación y elaboración de artículos científicos
  - Identificación de oportunidades de mejora.
  - Realizar acciones dirigidas a mejorar la práctica asistencial.
  - Conocimientos sobre evaluación de resultados.

### **3.2.2.- HABILIDADES**

- Adquirir y entrenar habilidad para el afrontamiento del stress.
- Adquirir y entrenar la capacidad de trabajo en equipo.
- Adquirir y entrenar la capacidad para tomar decisiones.
- Conseguir la adecuada utilización de los recursos disponibles.
- Adquirir y entrenar la capacidad de análisis y síntesis.
- Adquirir y entrenar la capacidad de promover y adaptarse al cambio.
- Aplicar técnicas básicas de investigación.

- Conseguir manejar los Sistemas de Información Hospitalarios.
- Conseguir una visión continuada e integral de los procesos.
- Realizar una adecuada Entrevista Clínica.
- Adquirir y entrenar habilidades para la realización de técnicas de exploración específica "según proceso".
- Adquirir y entrenar habilidades de SVB y SVA.
- Adquirir y entrenar habilidades negociadoras y diplomáticas con manejo de las emociones.
- Adquirir habilidades y actitudes sobre la atención a pacientes ingresados y sus familiares.
- Adquirir habilidades y desarrollar actitudes adecuadas sobre los diversos aspectos referidos al diagnóstico y valoración de la gravedad de una determinada patología, incluyendo el diagnóstico diferencial con otras enfermedades médicas.
- Adquirir y entrenar habilidades de comunicación oral y escrita.
- Adquirir y entrenar habilidades en Informática, nivel usuario.
- Realizar correctamente el registro y cumplimentación de datos de la historia clínica y de los diferentes documentos.
- Realizar y emitir informes correctamente.
- Adquirir y entrenar habilidades para la Planificación, Organización y realización de las diferentes actividades: Gestión del tiempo.
- Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual.
- Capacitarse en técnicas de la comunicación a nivel clínico y de investigación, con el propósito de aprender a presentar y debatir resultados adecuadamente, preparar contribuciones a las revistas médicas y ser eficiente en la labor docente

- Aprender a elaborar trabajos científicos: artículos, comunicaciones a eventos científicos

### **3.3. ACTITUDES**

- Ser capaz de satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia) con especial referencia al derecho de información.
- Proteger los derechos de los pacientes con una actitud de tolerancia y de respeto hacia grupos sociales más sensibles, preocupándose por los problemas de salud pública.
- Comprometerse con la misión del servicio /UGC hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la Medicina. Sentirse perteneciente a la organización e identificación con sus objetivos.
- Considerar y valorar el trabajo de los demás, sabiendo trabajar en equipo, participando en el interés conjunto para lograr el cumplimiento de objetivos comunes.
- Ser capaz de aportar innovación y creatividad.
- Generador de clima de confianza y seguridad.
- Aproximarse a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo.
- Generar Valor Añadido a su trabajo.
- Tener conciencia de la repercusión económica de las decisiones.
- Cooperar en el abordaje multidisciplinar en el seguimiento y tratamiento de las diversas patologías.
- Flexibilidad, adaptable al cambio, accesible.
- Tener juicio crítico.

- Interés por el aprendizaje, desarrollo personal y profesional, responsabilidad, honestidad y sensatez. Actitud positiva, sensata y creativa ante nuevos compromisos.
- Ser capaz de asumir compromisos y responsabilidades.
- Tener iniciativa y visión de futuro.
- Tener percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud.
- Actitud de colaboración con los poderes públicos, sociedades científicas y organizaciones autonómicas, nacionales e internacionales.
- Actitud de colaboración y participación personal en el desarrollo de las funciones asistencial, docente y científica de la especialidad.
- Actitud de creatividad, actitud de aprendizaje y mejora continua.
- Ser capaz de crear y practicar un clima de humanización de las capacidades científico-técnicas.
- Actitud de positiva y preocupación por los aspectos deontológico y éticos de la Medicina en general y de las diferentes especialidades en particular.
- Asumir la práctica clínica basada en la evidencia científica.
- Tener conciencia de la importancia de una formación científica y clínica lo más sólida posible, adquiriendo una mentalidad crítica, conociendo la metodología de la investigación y la importancia de la formación continuada.



#### **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD**

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

4.1. A. Proporcionar al médico en formación los conocimientos, en extensión y profundidad, de la especialidad de Otorrinolaringología con el objeto de dotarle de las habilidades suficientes para actuar como otorrinolaringólogo competente.

4.1. B. Posibilitar que lleve a cabo los procedimientos exploratorios propios de la especialidad que le permitan diagnosticar y tratar médica y quirúrgicamente la patología prevalente dentro de todos los ámbitos de la especialidad.

4.1. C. Que al finalizar el presente Programa, el médico en formación esté en posesión de los conocimientos y recursos personales que le permitan desarrollar en el futuro, áreas de mayor complejidad de la especialidad.

4.2- FORMAR PROFESIONALES QUE VALOREN LA VISIÓN QUE EL ENFERMO TIENE DE SU PROPIA ENFERMEDAD, teniendo en cuenta su opiniones y preferencias y con un abordaje psico-social, integrador, que busque la máxima calidad, seguridad y utilización costo-eficiente de los recursos de que dispone, todo ello integrado con un alto nivel de exigencia ética.

4.3- FORMAR PROFESIONALES CAPACES DE COMPRENDER LA TRASCENDENCIA QUE TIENE LA TRANSMISIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS a otros profesionales de la salud, a los pacientes y a la población sana.

4.4- FORMAR PROFESIONALES CAPACES DE COMPRENDER LA TRASCENDENCIA QUE TIENE LA INVESTIGACIÓN en el progreso social y en el avance de los procedimientos de la prevención y tratamiento de las enfermedades, alcanzando el nivel adecuado de conocimientos que les permita abordar proyectos de investigación de un modo autónomo.

4.5- APRENDER LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA en la toma de decisiones y en la mejor utilización de los recursos preventivos y asistenciales.

4.6- CONOCER LA ESTRUCTURA SANITARIA DE SU ENTORNO y la importancia que el clínico tiene en la asignación y utilización de los recursos y en el empleo de guías de práctica clínica en la toma de decisiones.

4.7- DEFINIR CON PRECISIÓN CADA UNO DE LOS OBJETIVOS generales, intermedios y específicos que debe alcanzar durante su periodo de formación, mencionando explícitamente el nivel de competencia que debe obtener.

4.8- DAR UNA FORMACIÓN QUE LE PERMITA COMPRENDER Y HACER PROPIO EL PAPEL DE PROFESIONAL responsable y participativo en la sociedad, que asume la necesidad de ajustar su comportamiento a los códigos éticos y estándares internacionales profesionales.

4.9- DARLES UNA FORMACIÓN CIENTÍFICA que desde los fundamentos moleculares de la vida incluya a las bases de la biología, fisiología, anatomía, fisiopatología, clínica, recursos diagnósticos pronóstico y terapéutica.

4.10.- ESTABLECER UN SISTEMA DE TUTORIZACIÓN EFECTIVA Y PERSONAL, basada en la voluntariedad, el compromiso y la ejemplaridad personal y profesional del tutor.

4.11- APRENDER LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE y formar profesionales con habilidades comunicativas con éstos, sus familiares y otros profesionales tanto de atención primaria como especializada.

4.12- FORMAR PROFESIONALES CON HABILIDADES Y ESPECIAL MOTIVACIÓN para estar actualizado en los conocimientos que le capacitan para el ejercicio de su profesión y aceptan los controles que la sociedad pueda requerir.

4.13- ESTABLECER UN SISTEMA DE EVALUACIÓN OBJETIVA Y ESTRUCTURADA que permita detectar las debilidades y fortalezas del programa de formación y que represente una ayuda para el especialista en formación.

## 5. ROTACIONES

### 5.1. CALENDARIO DE ROTACIONES

A su llegada al servicio a cada residente recibe un plan individualizado y detallado de rotaciones por meses, que se va completando y adaptando según las incidencias que ocurran con interés especial a la coordinación con las rotaciones de sus compañeros, a fin de que no se sobrecarguen las distintas unidades.

En líneas generales un ejemplo de esquema de rotaciones para toda la residencia es el siguiente:

#### CALENDARIO DE ROTACION DE RESIDENTES DE OTORRINOLARINOLOGIA

Residentes de cuarto año

Rotaciones	1 I- 15 III	16III- 31 V	1 VI- 15 X	16 X- 31 XII
R-4. 1	Supervisión Consulta Consulta Rinología Vestibular	Supervisión Consulta Consulta Faringe. Laringe. Voz	Supervisión Consulta Consulta Otología. Implantes	Sala.
R-4. 2	Supervisión Consulta Consulta Rinología Vestibular	Supervisión Consulta Consulta Faringe. Laringe. Voz	Supervisión Consulta Consulta Otología. Implantes	Sala.

Residentes de tercer año

Rotaciones	1 I- 15 III	16 III- 31V	1VI- 15 X	16 X- 31 XII
R-3. 1	Consulta Faringe. Laringe.Voz	Sala	Consulta Rinología Vestibular	Consulta Otología. Implantes
R-3. 2	Consulta Faringe. Laringe.Voz	Sala.	Consulta Rinología Vestibular	Consulta Otología. Implantes

Residentes de segundo año

Rotaciones	1 I- 15 III	16 III- 31V	1VI- 15 X	16 X- 31 XII
R-2. 1	Consulta Otología. Implantes	Consulta Rinología Vestibular	Sala	Consulta Faringe. Laringe.Voz
R-2. 2	Consulta Otología. Implantes	Consulta Rinología Vestibular	Sala	Consulta Faringe. Laringe.Voz

Residentes de primer año

Rotaciones	1 I- 15 III	16 III- 31 V	1 VI- 15 X	16 X- 31 XII
R-1. 1	Consulta Urgencias  Sala	Consulta Urgencias  Consulta Otología. Implantes	Consulta Urgencias  Consulta Faringe. Laringe.Voz	Consulta Urgencias  Consulta Rinología Vestibular
R-1. 2	Consulta Urgencias  Sala	Consulta Urgencias  Consulta Otología. Implantes	Consulta Urgencias  Consulta Faringe. Laringe.Voz	Consulta Urgencias  Consulta Rinología Vestibular

Desde el 15 de julio a 15 de septiembre (periodo vacacional oficial del Servicio), las actividades de rotación de los residentes se distribuirán según las necesidades del servicio teniendo en cuenta el año de formación y sus atribuciones.

Durante el segundo tercer y cuarto año, los residentes pueden rotar en unidades que representen un interés especial para alguno de ellos en concreto pero que no estén incluidos en programa de formación como maxilofacial, neurocirugía, etc

Los residentes que así lo deseen podrán realizar rotatorios externos nacionales o internacionales en otros hospitales en áreas que se consideren de interés como unidades de corta estancia, hospitalización domiciliaria, hospitales comarcales y/o en centros especializados en algunos temas como enfermedades tropicales, etc.

Dichas rotaciones se realizarán de acuerdo a la normativa sobre rotaciones externas del Hospital

## **5.2. COMPETENCIAS PROFESIONALES A ADQUIRIR DURANTE CADA ROTACIÓN**

### ***Estructura del programa***

El presente programa se estructura, fundamentalmente, en áreas de aprendizaje por patologías y rotación para todo el periodo de residencia, según la siguiente clasificación:

1. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de patología otológica y vestibular durante todo el periodo de residencia.
2. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de patología de la nariz, fosas nasales y senos paranasales durante todo el periodo de residencia.
3. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de cavidad oral y faringe durante todo el periodo de residencia.
4. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de larínge y patología cervical durante todo el periodo de residencia.
5. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de patología de la voz durante todo el periodo de residencia.
6. Conocimientos y habilidades a desarrollar en las rotaciones por quirófano.

Dichos apartados se completan con otros relativos a la cuantificación de la actividad quirúrgica durante el periodo de residencia a otros conocimientos específicos y afines a las actitudes, a la investigación y a las rotaciones y guardias durante el periodo formativo.

Todos los apartados hacen referencia a los conocimientos teóricos y habilidades prácticas que el residente debe alcanzar en relación a su año de residencia.

1. *Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de otología y vestibular durante el periodo de residencia.*

## 1.1 Conocimientos teóricos:

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 o secretora.

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.

## 1.2 Habilidades prácticas:

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.

### 1.3. Actitudes

Aplicación de las actitudes generales a los aspectos particulares de esta rotación.

### 1.4. 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 simple de oído medio y externo.

Segundo año de residencia:

Otoemisiones acústicas.

Laboratorio del hueso temporal.

Miringotomía.

Drenajes transtimpánicos.

Participación en tiempos de cirugía de oído medio.

Ayudante en cirugía simple de oído medio.

Cuidados del paciente postquirúrgico.

Exploración del nervio facial.

Tercer año de residencia:

Laboratorio de hueso temporal.

Rehabilitación vestibular

Exploración mediante potenciales evocados auditivos.

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

Cuidados del paciente postquirúrgico.

Exploración del nervio facial.

Cuarto año de residencia:

Laboratorio de hueso temporal.  
Exploración sistema vestibular y oculomotor.  
Evaluación de adaptación protésica.  
Participación en cirugía de dispositivos implantables.  
Evaluación y manejo de los dispositivos implantables.  
Tratamientos intratimpánicos.  
Cirugía reconstructiva del oído medio. Miringoplastias y mastoidectomías.  
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.

#### 1.5 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).

#### *2. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de patología de nariz, fosas nasales y senos paranasales durante el período de residencia*

##### 2.1 Conocimientos teóricos:

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.

## 2.2 Habilidades prácticas.

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.

C) 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.

### 2.3. Actitudes.

Aplicación de las actitudes generales a los aspectos particulares de esta rotación.

### 2.4 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 y cirujano

Curas microscópicas/Endoscópicas de operados de nariz y senos.

Curas de abordajes externos.

#### Tercer año de residencia:

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.

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 nasosinusales, cirugía de la base del cráneo anterior).

2.5. Condiciones de entrenamiento en patología de la nariz, fosas nasales y senos paranasales.

El entrenamiento para la formación del especialista se debe estructurar de forma escalonada:

Dominio de la anatomía: disección de cadáver.

Entrenamiento en interpretación radiológica.

Cursos de cirugía en directo y en diferido (videocirugía).

Entrenamiento en pacientes virtuales: simuladores, sistemas de navegación quirúrgica) si existe posibilidad.

Adiestramiento en paciente real, con tutor, en técnicas básicas, y después avanzadas.

*3. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de patología de la cavidad oral y la faringe durante el periodo de residencia*

3.1 Conocimientos teóricos:

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.

### 3.2 Habilidades prácticas:

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 para la mejora de estas técnicas.

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.

### 3.3. Actitudes

Aplicación de las actitudes generales a los aspectos particulares de esta rotación.

### 3.4 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.

Resto de cirugía básica de la faringe.

Curas de abordajes externos cirugía tumoral.

Cirugía de urgencia de los abscesos periamigdalares.

### Tercer año de residencia:

Primero como ayudante y luego como cirujano:

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 pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción faríngea.

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

### Cuarto año de residencia:

Misma situación que en el tercer año de residencia.

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).

#### 3.5 Condiciones de entrenamiento en la patología de la cavidad oral y la faringe.

El entrenamiento para la formación del especialista se debe de estructurar de forma escalonada:

Dominio de la anatomía: disección de la faringe y cavidad oral en el cadáver.

Entrenamiento en interpretación radiológica.

Cursos de cirugía en directo y en diferido (videocirugía).

Instrucción en paciente real, con tutor, primero en técnicas básicas, y después cirugía mayor.

#### *4. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de patología laríngea y cervical durante el período de residencia*

Tanto conceptualmente como desde el punto de vista práctico, existen claras razones para realizar el aprendizaje de la laringe y el cuello de una forma integrada y muy específica. La unión de laringe y cuello en la práctica clínica diaria es un hecho. La exploración, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se realizan siempre de forma totalmente integrada y su aprendizaje se hace de forma natural siguiendo esta visión; sirva como ejemplo la oncología laríngea. Por otra parte, el instrumental diagnóstico y terapéutico se viene haciendo cada día mas sofisticado y específico, lo cual requiere un aprendizaje cada vez mas prolongado para adquirir habilidades más complejas. El otorrinolaringólogo actual sigue tratando quirúrgicamente muchos problemas de la región cérvico-facial, tráquea cervical y cierta patología de esófago, por lo que se incluyen en este apartado. Finalmente, es de esperar a corto plazo el desarrollo completo de tecnologías, ahora emergentes, en el campo de la oncología, la patología funcional, etc., que van a requerir aún más tiempo y medios en la formación del nuevo otorrinolaringólogo. Así pues, queda bien clara la necesidad de disponer de un programa suficientemente holgado en duración y de unidades docentes con medios y personal altamente especializados para abordar este apartado con garantías.

##### 4.1 Conocimientos teóricos:

###### 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.



## 4.2 Habilidades prácticas.

### **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.

C) Cirugía Laríngea: La cirugía laríngea por su frecuencia y trascendencia (microcirugía de pequeños pólipos y tumores, biopsias, cirugía del cáncer laríngeo, etc.) exige un alto nivel de experiencia que justifica un aprendizaje, prolongado y fuertemente supervisado especialmente en la Cirugía Mayor.

Por una parte, muchas técnicas aun siendo de complejidad menor tienen una gran trascendencia para el diagnóstico y las decisiones clínicas (por. ej., biopsias) y requieren una instrucción muy detallada y meticulosa.

Por otra parte, las intervenciones mayores requieren un alto grado de capacitación técnica, hacen necesario que la formación se extienda a lo largo de los cuatro años de este programa, continuando, muchas veces a lo largo de la vida profesional. Además, esta necesidad se ha visto acrecentada por cierta disminución de la casuística en las unidades docentes ORL (hoy más numerosas) y que es debida a la dispersión de los casos en la red hospitalaria, hoy mucho más amplia. Asimismo, este aprendizaje en el caso de la oncología se hace ya en un medio interdisciplinar, donde las decisiones terapéuticas sufren rutinariamente un amplio proceso de discusión y la habilidad quirúrgica se debe de conjugar con los avances de otras disciplinas (protocolos oncológicos).

Técnicas: En las técnicas quirúrgicas de la laringe hay que considerar tres grupos.

En primer lugar el grupo de los procedimientos quirúrgicos básicos, de gran importancia sanitaria y docente, por su frecuencia y su trascendencia para el diagnóstico y la urgencia vital. En este grupo se incluyen técnicas como la microcirugía laríngea, las biopsias, etc., que deben 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. Mención especial merece la traqueotomía que deberá aprenderse muy tempranamente, primero de forma reglada y posteriormente en su modalidad de extrema urgencia.

En segundo lugar se encuentran las técnicas de cirugía mayor. La cirugía oncológica de la Laringe y las cadenas ganglionares cervicales constituye el gran epígrafe de este apartado por su elevada incidencia. Esta cirugía se acompaña cada día más de procedimientos reconstructivos sofisticados y otros para la restauración de la voz, todo lo cual exige una capacitación muy amplia y prolongada. La cirugía de los tumores de la hipofaringe forma en la práctica una parte de este aprendizaje, si bien por razones formales los hemos incluido en el apartado de la faringe. Todas estas técnicas deben comenzar a aprenderse a partir del segundo año, pudiendo resultar conveniente la integración del residente en un comité oncológico.

Por último, al igual que en la faringe, hay un conjunto de técnicas y/o procedimientos emergentes que emplean tecnología muy moderna que, si bien pueden considerarse aplicaciones más 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 sea claramente probada. Será entonces cuando pasen 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 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.

Cordectomía.

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.

Primero como ayudante y luego como cirujano:

Cirugía láser de pequeños tumores.

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

Laringectomía horizontal supraglótica.

Laringectomía total.

Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar. 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.

Cuarto año de residencia:

Misma situación que el año anterior.

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 laríngeos, cirugía reconstructiva, etc).

Condiciones de entrenamiento en la laringe.

El entrenamiento para la formación del especialista se debe de estructurar de forma escalonada:

Dominio de la anatomía: disección laringocervical en el cadáver.

Entrenamiento en interpretación radiológica.

Cursos de cirugía en directo y en diferido (videocirugía).

Instrucción en paciente real con tutor.

Habilidades prácticas

.

**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:

Primero como ayudante y luego como cirujano:

Cirugía de pequeños tumores benignos.

Resto de cirugía cervical básica (ver apartado anterior).

Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar.

Cirugía de tumores benignos y malignos cervicales.

Reconstrucción con colgajos locales y regionales.

Cuarto año de residencia:

Como ayudante: Colgajos libres con microanastomosis.

Colgajos regionales.

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.

Dada la amplitud de los conocimientos de cirugía cervical, algunos de ellos requerirán un periodo de formación/entrenamiento adicional una vez completada la especialidad, (cirugía de los grandes tumores cervicales, cirugía reconstructiva, etc).

Condiciones de entrenamiento en patología del cuello.

El entrenamiento para la formación del especialista se debe de estructurar de forma escalonada:

Dominio de la anatomía: disección cervical en el cadáver.

Entrenamiento en interpretación radiológica.

Cursos de cirugía en directo y en diferido (videocirugía).

Instrucción en paciente real con tutor.

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: La formación en cirugía de la glándula tiroides y de las paratiroides es parte importante en el programa de cirugía del cuello. La habilidad quirúrgica debe adquirirse en el propio servicio donde cumple su programa o en servicios afines que practiquen este tipo de cirugía, bien durante el período de especialización o ya como especialista.

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.

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.

Tercer año de residencia:

Primeo como ayudante y luego como cirujano:

Paratiroidectomía.

Tiroidectomía subtotal.

Hemitiroidectomía.

Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

Cuarto año de residencia:

Misma situación que el año anterior.

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.

Condiciones para el entrenamiento en glándulas tiroides y paratiroides.

El entrenamiento para la formación del especialista se debe de estructurar de forma escalonada:

Dominio de la anatomía: disección de la glándula tiroides y las paratiroides en el cadáver.

Entrenamiento en interpretación radiológica.

Cursos de cirugía en directo y en diferido (videocirugía).



Instrucción en paciente real, con tutor.

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, sialoquímica.

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:

Primero como ayudante y luego como cirujano:

Exéresis de calculos ductales.

Submaxilectomía.

Exéresis extracapsular de tumor benigno.

Como ayudante:

Parotidectomía subtotal.

Parotidectomía total conservadora.

Parotidectomía total radical con y sin vaciamiento ganglionar.

Reconstrucción del nervio facial.

Cuarto año de residencia:

Misma situación que el año anterior.

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.

Condiciones para el entrenamiento en patología de las glándulas salivales.

El entrenamiento para la formación del especialista se debe de estructurar de forma escalonada:

Dominio de la anatomía: disección de las glándulas salivales en el cadáver.

Disección del nervio facial extratemporal en el cadáver.

Entrenamiento en interpretación radiológica.

Cursos de cirugía en directo y en diferido (videocirugía).

Instrucción en paciente real con tutor.

#### *5. Conocimientos y habilidades relativos a la rotación por la unidad de patología foniátrica y de la comunicación oral durante el período 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.

##### 5.1 Conocimientos teóricos:

###### 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 enfermedades 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, erigmo fonía, retrasos del lenguaje, errores de articulación, tartamudez, sordera infantil.

## 5.2 Habilidades prácticas:

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.

## 5.3 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 y como cirujano.

Cuarto año de residencia:

Fonocirugía como ayudante.

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.

*6 .Actividad quirúrgica durante el periodo de rotación por los quirófanos.*

El residente de Otorrinolaringología, debe formarse en todos y cada uno de los aspectos teóricos y prácticos señalados en el presente programa de formación.

No obstante, se considera necesario cuantificar una actividad quirúrgica mínima exigible al residente de Otorrinolaringología como primer cirujano, a lo largo de su periodo de formación.

Para realizar esta actividad quirúrgica, el residente ha debido llevar a cabo, con carácter previo y supervisado un número de procedimientos quirúrgicos, variable en cada caso, que le capaciten para la adquisición del nivel adecuado que le permita actuar como primer cirujano.

A este respecto se recomienda, como mínimo, que el residente realice, en calidad de primer cirujano:

Adenoidectomías: 40.

Amigdalectomía: 40.

Drenajes transtimpánicos: 20.

Microcirugía de laringe: 30.

Septoplastias: 15.

Cirugía del oído medio: 15.

Traqueotomías: 20.

Cirugía endoscópica naso-sinusal: 10.

Cirugía oncológica de laringe (incluyendo láser): 10.

Vaciamientos cervicales: 6.

## **6. ACTIVIDADES FORMATIVAS:**

### **6.1 CURSOS DEL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL**

Todos los años el Hospital organiza diferentes talleres y cursos de Formación Continuada. Con ellos los profesionales sanitarios pueden adquirir diferentes conocimientos y habilidades para completar/actualizar su formación.

Los médicos residentes, a través de algunos de estos cursos, pueden completar su programa formativo.

Entre ellos, los más recomendables para la formación del residente son:

Conocimientos generales:

- Actualización en el uso adecuado del medicamento en la práctica clínica
- Curso básico de prevención de riesgos laborales
- Soporte vital avanzado
- Desfibrilación semiautomática y RCP instrumentalizada en el hospital
- Formación en urgencias de los residentes de primer año.
- Formación y toma de conciencia del sistema de gestión ambiental
- Gestión de procesos
- Identificación de situaciones de conflicto y soluciones
- Seguridad del paciente
- Introducción a la gestión por procesos y aplicación a un grupo de mejora
- Taller sobre actualización en desfibrilación externa semiautomática
- Taller sobre actualización en terapia transfusional
- Curso de Protección Radiológica para todos los residentes
- Curso de Lengua de Signos

Conocimientos informáticos:

- La informática como herramienta de trabajo
- Aplicación informática excel en el entorno sanitario



- Base de datos access en el entorno sanitario
- Digitalización en radiodiagnóstico RIS-PACS
- Iniciación informática: internet y correo electrónico en entorno sanitario.
- Utilización de herramientas informáticas

#### Habilidades:

- Apoyo en el duelo
- Apoyo en el duelo frente a situaciones terminales y de muerte
- Calidad en el servicio: empleo de la inteligencia emocional
- Cuidados ante la diversidad cultural
- Habilidades relacionales en el ámbito de cuidados críticos y urgencias

#### Habilidades sociales

- Taller de técnicas de comunicación y atención al paciente difícil
- Taller sobre actuación ante la violencia de género
- Taller sobre actuación ante la violencia contra el niño
- Taller sobre medidas de seguridad en quirófano
- Taller sobre seguridad del paciente quirúrgico

#### Metodología investigación:

- Metodología de investigación aplicada en salud
- Iniciación a la estadística para sanitarios
- Como realizar búsquedas bibliográficas
- Diseño de un protocolo de investigación
- Comunicación científica: como presentar comunicaciones en congresos
- Como escribir artículos científicos

#### Idiomas:

- Inglés básico en el entorno sanitario
- Inglés intermedio en el entorno sanitario

## **6.2. PLAN TRANSVERSAL COMÚN**

### **6.2.1. PCCEIR**

El Programa Común Complementario para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud en Andalucía (PCCEIR) fue elaborado por la Consejería de Salud en el año 2001 con el objetivo de incluir contenidos docentes comunes a todas las especialidades y de carácter complementario a la formación de los especialistas en ciencias de la salud y se lleva a cabo a lo largo de su período formativo para la adquisición del título de especialista en las instituciones sanitarias del SSPA. Este Programa formativo persigue el enriquecimiento competencial de los profesionales con la inclusión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la promoción de actitudes que mejoren las condiciones para la posterior incorporación profesional de los especialistas en formación, acercándoles a la realidad de su entorno social y organizativo, el Sistema Sanitario Público Andaluz, y a sus presupuestos estratégicos y de desarrollo de los recursos tecnológicos y humanos.

Este programa se debe realizar de *forma obligatoria* y facilita la adquisición de los objetivos no específicos de la especialidad.

Este Programa consta de los siguientes módulos formativos:

- Módulo I: Organización Sanitaria de Andalucía y Bioética.
- Módulo II: Comunicación y habilidades relacionales en Ciencias de la Salud
- Módulo III: Investigación: Estadística. Epidemiología. Manejo de la bibliografía médica. Medicina basada en la evidencia. Medicina Basada en la Evidencia.
- Módulo IV: Metodología de la Investigación.
- Módulo V: Gestión de calidad: Gestión clínica y Gestión por procesos.
- Módulo VI: Soporte Vital Avanzado

Para el curso formativo 2013-2014 se modificará organizándose en 4 módulos y con enseñanza e-learning:

- Módulo 1: BIOÉTICA Y PROFESIONALISMO
- Módulo 2: COMUNICACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO
- Módulo 3: INVESTIGACIÓN
- Módulo 4: ASISTENCIA BASADA EN EVIDENCIA Y CALIDAD

Además del curso de Soporte Vital Avanzado

## **6.2.2 CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA BÁSICO**

Este curso asegura la adquisición de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) en protección radiológica.

De carácter obligado, junto con los Cursos del PCEEIR para todos los médicos en formación de nuestro Hospital, en el caso de nuestra especialidad se realiza el CURSO BÁSICO, no siendo obligatorio, el de nivel avanzado.

Se organiza por el Servicio de Radiofísica de nuestro Hospital.

Los contenidos formativos son:

- Estructura atómica, producción e interacción de la radiación
- Estructura nuclear y radioactividad
- Magnitudes y unidades radiológica
- Características físicas de los equipos de Rayos X o fuentes radiactivas
- Fundamentos de detección de la radiación
- Fundamentos de la radiobiología. Efectos biológicos de la radiación
- Protección radiológica. Principios generales
- Control de calidad y garantía de calidad
- Legislación nacional y normativa europea aplicable al uso de las radiaciones ionizantes
- Protección radiológica operacional
- Aspectos de protección radiológica específicos de los pacientes
- Aspectos de protección radiológica específicos de los trabajadores expuestos

## **6.3. CURSOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD**

Existen multitud de cursos en el ámbito nacional e internacional en relación con la especialidad. Se recomienda la realización de al menos un curso anual en relación con la patología quirúrgica correspondiente al año de residencia. También es necesaria la asistencia al Congreso o reunión anual de la Sociedad Española de Otorrinolaringología siempre que la atención que precisan las guardias lo permitan.

## **7. SESIONES CLÍNICAS Y DE CARÁCTER CIENTÍFICO:**

### **7.1 SESIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO.**

Todos los martes a las 08.15. Sala de juntas de la 3ª planta.

Esta sesión es multiprofesional.

Temas: incidencias de la guardia, discusión de casos clínicos y actividad asistencial pendiente.

### **7.2 SESIÓN DE ONCOLOGÍA**

Los viernes a las 8.30 presentación en el Comité de Oncología de los casos Obstétricos-Ginecológicos de carácter oncológico para decidir plan terapéutico a seguir, bien tras cirugía o tratamiento adyuvante en aquellos casos en que está contraindicada la cirugía.

Lugar: Sala de Juntas de la 3ª planta.

### **7.3 SESIONES CIENTÍFICAS.**

Los miércoles a las 8:15. Lugar. Sala de juntas de la 3ª planta. A veces dos semanales siendo la segunda los jueves a las 8:15.

En condiciones normales estas sesiones se realizan por los residentes, planteando con bastante antelación los temas a tratar.

Este calendario puede variar adaptándose a las diferentes necesidades del servicio.

Hay cuatro tipos de sesiones científicas:

**-Bibliográficas.** A propuesta de uno de los médicos del staff se selecciona un trabajo publicado en una revista que sea de impacto o que suponga una aportación novedosa.

**-Investigación.** Se presentarán los proyectos de trabajos de investigación a realizar en el servicio: presentación de proyectos de tesis doctorales, proyectos para pedir subvenciones a estamentos públicos (FIS,SAS), resultados de proyectos realizados en el servicio, los trabajos de investigación que van como ponencias a los diferentes Congresos.

**-Actualización/introducción de protocolos asistenciales.**

Realizados y elaborados por el adjunto responsable del área y el residente que en ese momento esté rotando.

**-Actualización de temas otorrinolaringológicos.**

Sesiones elaboradas y presentadas por el médico residente, tutorizado por un médico adjunto que asesorará al residente en cuanto al formato, búsqueda bibliográfica, presentación etc.; o sesiones elaboradas y presentadas por los médicos adjuntos del Servicio o de otros servicios (SESIONES INTERSERVICIOS) para tratar temas sobre los que están especializados o sobre los que hayan realizado algún tipo de trabajo.

**7.4 SESIONES DE MORBIMORTALIDAD**

Siempre que haya un caso de muerte o muy larga estancia en la sala.

## **8. OFERTA DE INVESTIGACIÓN**

### **ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

Se considera que el residente, al terminar su formación, debe estar capacitado para enjuiciar correcta y críticamente un trabajo de investigación aplicado a la especialidad de Otorrinolaringología.

Para ello a lo largo de su formación debe aprender y realizar sesiones bibliográficas; actualizaciones sobre temas clínicos; presentar, en forma de comunicaciones o pósters, los resultados de las investigaciones realizadas en el servicio en los congresos de la especialidad.

Se le facilitará un tema de investigación para realizar la tesis doctoral a los especialistas en formación que lo deseen. En condiciones normales, se solicitará dicho tema de tesis durante los dos primeros años.

El Servicio de Otorrinolaringología cuenta con varias líneas de investigación relacionadas con la Otología y Audiología:

- Implante coclear en niños.
- Respuesta bioeléctrica del oído humano.
- Estimulación eléctrica de la cóclea humana.

## 9. GUARDIAS

Desde la reorganización del horario laboral en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario San Cecilio, los adjuntos pasan a localizados a partir de las ocho de la tarde pero el residente permanece en presencia física desde las tres de la tarde a las ocho de la mañana del día siguiente los días laborables y en horario completo los fines de semana y festivos.

El número de guardias que realizan es un mínimo de 4 guardias mensuales y un máximo de 7. Durante el primer año, la mayoría de las guardias las realizan en el Servicio de Urgencias y tan sólo una o dos mensuales en el Servicio de Otorrinolaringología.

Las funciones del Médico Interno Residente durante las guardias variarán según vayan adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

### RESIDENTES DE PRIMER AÑO:

Realizar una correcta historia clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo.

Emitir un juicio clínico de presunción.

Durante el primer año de residencia, como norma, no deberán solicitar pruebas complementarias, iniciar un tratamiento, dar un alta o ingresar a un paciente sin consultar con su Adjunto de referencia o de guardia.

Al finalizar el primer año de residencia, deberán ser capaces de valorar el riesgo-beneficio antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.

Informar al enfermo y a los familiares, transmitiéndoles una primera impresión y comentando brevemente las pruebas iniciales a realizar y un tiempo aproximado de

estancia en el Área de Urgencias, así como de su alta o ingreso (que se decidirá bajo la supervisión de su Adjunto de Referencia o de guardia).

Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente, de la situación clínica de los pacientes por él/ella atendidos

## RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Estarán capacitados para valorar a los pacientes durante el curso de la guardia tanto hospitalizados como los atendidos en el Servicio de Urgencias. Están capacitados para gestionar, toda la documentación clínica necesaria (solicitud de pruebas diagnósticas, partes judiciales y otros informes) así como la indicación de tratamiento. Solicitar valoración del enfermo por otro especialista. Su nivel de autonomía dependerá de su nivel de aprendizaje, con supervisión física y/o a demanda dependiendo de la complejidad de la situación.

## RESIDENTES DE TERCER-CUARTO AÑO

Deberán llevar el control y responsabilidad de los enfermos por ellos atendidos, con supervisión moderada (tercer año) a mínima o puntual (cuarto año) del adjunto de referencia.

En situaciones difíciles con enfermos conflictivos y cuando existan implicaciones legales, expondrá esta situación a su adjunto de referencia, responsable de urgencias y/o al jefe de la guardia.

Firmar altas.



## 10. SUPERVISIÓN PROGRESIVA DEL RESIDENTE

En cuanto al nivel de responsabilidad y la supervisión progresiva del Médico Especialista en Formación, se siguen de forma estricta las directrices redactadas desde la Comisión Local de Docencia de nuestro Hospital, en virtud de las normativas y legislación vigente.

La capacidad para realizar los diversos actos médicos guarda relación con el nivel de conocimientos y experiencia por parte de los residentes, en buena medida determinados por el año de residencia en el que se encuentren, siendo un determinante muy importante la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar. Todos estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que debe adquirir el residente y por tanto, el grado de supervisión que precisa.

Por ello deben considerarse 3 niveles de autonomía vinculados a niveles de responsabilidad.

Desde el punto de vista didáctico:

- Autonomía: grado de independencia con el que el residente ha de ser capaz de realizar un determinado acto al finalizar un periodo formativo.
- Responsabilidad: grado de supervisión con el que el residente realiza las actividades durante ese mismo periodo.

Para actuar con responsabilidad 1 previamente es preciso haber conseguido un nivel de autonomía 1.

Niveles de autonomía:

Nivel 1. Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa, teniendo a su disposición en cualquier caso la posibilidad de consultar al especialista responsable (tutela indirecta).

Nivel 2. El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer un tratamiento completo de forma independiente (tutela directa)

Nivel 3. El médico residente ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.

Niveles de responsabilidad:

Nivel 1. Son actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutela directa. El residente hace y luego informa. Solicita supervisión si lo considera necesario. Es decir, existe una SUPERVISIÓN A DEMANDA.

Nivel 2. Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor o de un facultativo responsable (TUTELA DIRECTA). Es decir, el residente dispone de suficientes conocimientos pero no tiene la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad de forma independiente. Dicha actividad se realizará bajo la supervisión directa del personal sanitario de plantilla

Nivel 3. Son actividades a realizar por los especialistas y observadas o asistidas por el médico residente. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, sin ninguna experiencia. (RESPONSABILIDAD MÍNIMA). El nivel 3 de responsabilidad se reserva para aquellas actividades altamente cualificadas o que se correspondan con Áreas de Capacitación Específica o alta especialización.

En cada periodo de formación el residente realizará un mínimo de actividades que le permitan asumir con eficacia y seguridad los distintos apartados del proceso clínico. No obstante, no puede ni debe asumir responsabilidades que estén por encima de sus capacidades, por ello se ha de considerar el nivel de responsabilidad exigible en cada caso.

Tal como especifica, el Real Decreto 183/2008, la supervisión del residente de primer año debe ser directa, por tanto, no podrá definirse para él un nivel de responsabilidad 1 en ninguna de las rotaciones.

Durante el primer año el residente actuará bajo supervisión directa/física por todos los adjuntos del Servicio así como del adjunto junto al que desarrolle su tarea de formación y aprendizaje , es decir con un nivel de responsabilidad 2/3, para todas las rotaciones formativas y la atención urgente.

A partir del segundo año el residente realizará las actividades con supervisión decreciente, a medida que se constate que ha adquirido la autonomía suficiente para hacerlo.

En cada caso, debe ser el facultativo responsable de la rotación, el que determine cuando el médico en formación ha alcanzado la capacidad para asumir actividades con nivel de responsabilidad 1-3 para cada rotación.

Los adjuntos responsables de la atención continuada serán los que determinen el nivel de autonomía y responsabilidad del residente en cada guardia.

En el último año de formación, el residente debe ser capaz de actuar con supervisión mínima, pues progresivamente debe asumir el nivel de autonomía y responsabilidad que se precisa para convertirse en especialista.

En cada rotación será el facultativo responsable de la rotación, el que va comprobando la evolución de estos niveles de responsabilidad y autonomía, asegurándose que está capacitado para la obtención del título de especialista.

Debe adquirir niveles de responsabilidad y de autonomía 1/2.