



Prestakuntza-ibilbide mota Guia itinerario formativo tipo (GIFT)

Unidad docente de

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO OSPITALEko

Irakaskuntza Unitatea

Osasun erakundea Organización sanitaria	OSI Barrualde-Galdakao ESI
Osasun zentroa Centro	Hospital Galdakao-Usansolo
Espezialitatea Especialidad	Otorrinolaringología
Prestakuntza-ibilbidea egin duen/duten tutorea/ak Tutor/es que han realizado GIFT	
Abizenak, izena Apellidos, Nombre	Sinadura Firma
Raquel Vielba Postigo	
Zerbitzu-buruak ontzat emana / Irakaskuntza Unitatea Vº Bº del Jefe de Servicio/ Unidad docente	
Abizenak, izena Apellidos, Nombre	Sinadura Firma
Enrique Moreno Alonso	
Irakaskuntza-Batzordeak onartutako data: Aprobado en comisión de docencia con fecha:	22/02/2016
Hurrengo berrikuspenerako data Fecha próxima revisión	
Azken berrikuspenaren data Fecha última revisión	
Zabalkunde prozesua Procedimiento de difusión	
Emate-prozedura Procedimiento de entrega	



**GUIA FORMATIVA
ITINERARIO DOCENTE
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Dra. Raquel Vielba

El objetivo de esta guía es dar a conocer los objetivos del Programa de la Especialidad de ORL (B.O.E del 8 de Mayo 2007) ajustado a las características específicas de nuestro Servicio y de nuestro Hospital. En ella se va a explicar qué va a hacer el residente a lo largo de los cuatro años, en qué orden y con qué nivel de supervisión y responsabilidad ha de cumplir los objetivos formativos de cada una de las rotaciones.

Su elaboración se ha basado en el Logbook de Residentes ORL que elaboró la sección ORL de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) a fin de subsanar las deficiencias encontradas en el programa de la especialidad y de que sirviera de guía unificada, para que los centros docentes cumplan el mínimo fijado por la directiva de la UEMS. Dichas directrices van encaminadas hacia el uso de criterios de evaluación basados en la capacitación. Así mismo, puede ser utilizada en programas de intercambio de residentes europeos. (www.uems.net)

La Otorrinolaringología y patología cérvico-facial (ORL-PCF) es la especialidad que se ocupa de las funciones, enfermedades, traumatismos, malformaciones y otras patología del oído, hueso temporal y base de cráneo, nariz y senos paranasales, cavidad oral, faringe , laringe, tráquea, esófago, cabeza, cuello, glándulas tiroidea, salivales y lacrimales y estructuras adyacentes, en niños y adultos.

Engloba también la investigación y tratamiento de factores que afecten los sentidos auditivos, vestibulares, olfatorios y gustativos, las disfunciones de los pares craneales, así como la comunicación humana en lo que se refiere trastornos de la voz y el lenguaje.

Ciertos aspectos diagnosticados por los otorrinolaringólogos, pero situados en áreas adyacentes, serán tratados en estrecha colaboración con los especialistas de estos campos.

El programa de residentes se basa en los siguientes elementos:

Adquirir los principios de la cirugía general y conocimiento teórico de anatomía, fisiología, patología, etiología, sintomatología y tratamiento de las enfermedades así como aprender las técnicas quirúrgicas básicas de las mismas en las diferentes áreas de la especialidad: oído, hueso temporal y base de cráneo, nariz y senos paranasales, cavidad oral, faringe, laringe, tráquea, esófago, cabeza y cuello, glándulas tiroideas, salivales y lacrimales y estructuras adyacentes. Además el residente se iniciará en las técnicas más avanzadas de la especialidad

Itinerario formativo

ORDEN SCO/1262/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Otorrinolarinologia.pdf>

Conocimientos y habilidades relativos a la PATOLOGÍA OTOLÓGICA durante el periodo de residencia.

1 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.
- Diagnóstico por imagen.
- Malformaciones congénitas y adquiridas. Cirugía de las malformaciones.
- Tapón de cerumen y epidérmico. 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 Otolología. 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.
- Síndromes vestibulares periféricos: Enfermedad de Meniere, neuritis 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.

2 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.

Se comienza por el aprendizaje de los gestos básicos de exploración: limpieza aspiración, endoscopia... Para progresivamente adquirir las diferentes técnicas:

- Miringotomía y colocación de drenajes trastimpánicos.
- Miringoplastia.
- Mastoidectomía. Abiertas, cerrada, reconstrucción. Rehabilitación de cavidades.
- Timpanoplastias con reconstrucción tímpano-osicular.
- Cirugía de las malformaciones.
- Cirugía oncológica del hueso temporal.

- Cirugía de los traumatismos del hueso temporal.

Conocimientos y habilidades relativos a la PATOLOGÍA DE LA NARIZ fosas nasales y senos paranasales durante el período de residencia

1 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: rinimetría y rinomanometría.
- Diagnóstico 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.
- Algas 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 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.

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

Cirugía endoscópica Nasosinusal 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.

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.

Cirugía nasosinusal de abordaje externo 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.

Conocimientos y habilidades relativos a la PATOLOGÍA DE LA CAVIDAD ORAL Y LA FARINGE durante el periodo de residencia

1 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 gastroesofágico.

2 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.
- Gustometria clásica, Electrogustometría y PEG.
- Manometría faríngea y esofágica. pHmetria.
- 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 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 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:

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 periamigdalár.
- Resección pequeños tumores benignos vía natural.

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.

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

Conocimientos y habilidades relativos a la PATOLOGIA LARINGEA Y CERVICO-FACIAL 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 más sofisticado y específico, lo cual requiere un aprendizaje cada vez más 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.

1 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.

2 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.
- Laringofibrocopia.

- 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).

Por ello, conviene disponer de un periodo prolongado, intra o/y extra departamental, para completar con calma una formación tan importante.

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

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:

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.

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.

Procedimientos y Técnicas Especiales Laringocervicofaciales:

- Cirugía láser del cáncer de laringe.

3 Contenido práctico. CUELLO:

A) Historia Clínica.

B) Exploración:

Inspección, Palpación Cervical.

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

Ultrasonografía, angi Doppler 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

Conocimientos y habilidades relativos a la PATOLOGÍA FONIATRICA 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.

1 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). - Otras alteraciones de la palabra y lenguaje en enf. 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.

2 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.

Mapa de competencias para cada año del periodo formativo

Actividades relativas a **PATOLOGIA OTOLOGICA** 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 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.
- Cirugía reconstructiva del oído medio.
- 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.

Actividades relativas a la PATOLOGIA DE NARIZ 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.

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 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).

Adiestramiento en paciente real, con tutor, en técnicas Básicas, y después Avanzadas.

Actividades relativas a la PATOLOGIA DE LA CAVIDAD ORAL Y LA FARINGE 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 como ayudante.
- Uvulopalatoplastia.
- Curas de abordajes externos cirugía tumoral.
- Cirugía de urgencia de los abscesos periamigdalares.

Tercer año de residencia:

Como cirujano:

- Adenoidectomía. Resto de cirugía básica de la faringe (ver apartado anterior).
- 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

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

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).

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.

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.
- Faringolaringectomías. Cirugía de los tumores malignos del seno piriforme.
- Cirugía reconstructiva faringolaríngea con colgajos.

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.

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.

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.

Actividades relativas a la PATOLOGIA FONIATRICA 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.

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.

Programa de ROTACIONES

En consonancia con el Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Otorrinolaringología, aprobado por Resolución el 25 de Abril de 1996, se ha elaborado, teniendo en cuenta las características del Hospital Galdakao-Usansolo, un plan de rotaciones.

Las especialidades de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Cirugía Oral y Maxilofacial serán fundamentalmente el objeto de dicha rotación. Se realizarán, con variaciones en función de diversas circunstancias, por un periodo de tiempo de 2-3 meses y el tercer año de residencia.

El centro receptor se determinará teniendo en cuenta las preferencias del Residente y el criterio del tutor, dado que ninguna de estas unidades están presentes en nuestro Hospital.

Hasta la fecha se han elegido el Hospital Central de Asturias en Oviedo, El Hospital de Sant Pau en Barcelona, el Charing Cross Hospital en Londres o el Mont Sinai Hospital NY para las correspondientes rotaciones. En todos los casos se ha completado la formación con una estancia en el Servicio de ORL correspondiente, haciendo especial hincapié en el área de Oncología donde la cirugía reparadora y la maxilofacial cobran sentido práctico en el seno de nuestra Especialidad.

El Residente intentará integrarse y adaptarse y por ello, durante el periodo de rotación las guardias se realizarán en el Servicio receptor, siempre que éstas tengan un carácter formativo.

El impacto económico que supone la rotación externa será asumido por el rotante, aunque actualmente están contempladas ayudas económicas por parte de nuestro Hospital.

La rotación por Atención Primaria de conformidad con lo previsto en la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y Consumo se articulara por parte de La Comisión de docencia del Centro o del Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría del consejo Nacional de Especialidades en ciencias de la Salud

Objetivos docentes

A continuación se procede a detallar el itinerario de cada año con sus objetivos docentes, nivel de autonomía y de responsabilidad durante cada rotación.

Para ello entenderemos como NIVEL 1 de responsabilidad (N1) al final de la rotación aquellas actividades que los residentes han de practicar durante la formación y en las que han de alcanzar autonomía completa para su realización. El residente actúa y posteriormente informa al facultativo.

NIVEL 2 de responsabilidad (N2) aquellas actividades que han de practicar aunque no lleguen necesariamente a ser autónomos para su realización. El residente es capaz de realizarlas con ayuda bajo supervisión del especialista en caso de duda o dificultad.

NIVEL 3 (N3) aquellas actividades que requerirán un periodo de formación adicional una vez finalizada la formación general por lo que el residente debe tener un conocimiento teórico. Son realizadas por el facultativo y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente.

Dado que el itinerario tipo es de mínimos, cada residente tiene su itinerario docente individual, que se acuerda al principio de cada año de rotación, con las rotaciones programadas para ese periodo,

cursos, congresos, participación en trabajos de investigación etc. y es revisado en cada entrevista trimestral con el tutor para valorar su cumplimiento y aplicar modificaciones o mejoras si las circunstancias lo requieren.

Residente del primer año

Se inicia en la exploración realizando otoscopias, rinoscopias, y fibrolaringoscopias.

Atiende la urgencia supervisado por un adjunto y por un residente de cuarto año.

Asimismo se le adiestra en el manejo del audiómetro y del impedanciómetro. Todo acompañado de una explicación científica y otra práctica.

Dos días a la semana acude al quirófano estando los tres primeros meses como ayudante del adjunto cirujano, en meses sucesivos y con la ayuda del adjunto, inicia intervenciones de microcirugía laringea, adenoidectomía y colocación de microdrenajes.

A los seis meses realiza intervenciones de amigdalectomía y septoplastias todo ello ayudado por un adjunto.

El primer año tiene que ser capaz de realizar las intervenciones arriba citadas bajo supervisión.

El **Residente de Segundo año** pasa consulta historia y explora al paciente, pero las indicaciones quirúrgicas o las exploraciones complementarias se consultan con el adjunto.

El R2 acude a quirófano dos días a la semana. Realiza como primer cirujano las intervenciones referidas en el apartado anterior. Se le adiestra en la cirugía endoscópica nasal, la cirugía otológica, de cuello, glándulas salivales, laringuectomías totales, parciales y cirugía laríngea oncológica con láser. En dichas intervenciones ayudante, primer o segundo, del cirujano.

El **Residente de Tercer año** acude dos días al quirófano realiza las intervenciones menores. Y ayuda en la cirugía del cuello, siendo en ocasiones primer cirujano junto al adjunto.

El **Residente de Cuarto año** deberá pasar consulta infantil, presentar sesiones clínicas, acudirá dos días a quirófano realizando intervenciones como primer cirujano, siempre supervisado por un adjunto. Realizara cirugía de oído, endoscópica y cirugía de cuello.

SUPERVISION del Residente

Los residentes deben estar supervisados en todo momento por un médico adjunto de plantilla. Esta supervisión es en algunos casos de presencia física continua y en otras ocasiones como soporte o ayuda. El grado de supervisión no es siempre fácil de establecer, depende, por supuesto, del año de residencia, pero además

intervienen las características propias de cada residente y de la actividad a supervisar.

El Residente de primer año pasa la consulta junto con el adjunto, es éste el que supervisa la correcta realización de la historia clínica y la realización adecuada de la exploración.

Cuando acude a planta, revisa la evolución y los tratamientos de los pacientes ingresados, y valora las posibilidades de dar altas. Todas estas actividades están supervisadas por un adjunto que le acompaña de forma permanente en la revisión de los ingresados.

El residente de primer año no pauta tratamientos, no firma las órdenes, no decide solo peticiones de pruebas complementarias, ni firma ningún alta ni ningún ingreso.

El adjunto evalúa la adquisición de conocimientos del residente, según como realice las indicaciones si son o no correctas. Las dudas que se plantean se discuten el mismo día o si el tema lo requiere se realiza una sesión, presentada por el residente, de la patología objeto de discusión.

En las guardias el residente de primer año nunca explora solo al paciente, ni le trata, ni escribe, ni firma el diagnóstico, todo eso lo realiza el adjunto. El residente sí acompaña en todo momento al adjunto en la guardia y sí historia y explora al paciente de urgencias, pero en ningún caso le pone tratamiento ni le da el alta ni el ingreso.

Semanalmente el residente del primer año presenta alguna revisión bibliográfica de las patologías que hayan sido significativas durante la semana.

GUARDIAS: número y localización

El Residente de ORL deberá realizar una media de 5 guardias mensuales (60 guardias al año). Las guardias serán de 17 horas los días laborables y de 24 los sábados, domingos y festivos. El Residente tiene derecho a acogerse a su libranza el día siguiente de la guardia, de igual modo que los Médicos adjuntos de plantilla, salvo en casos excepcionales.

El **Residente de primer año** año estará siempre acompañado de un adjunto de guardia de presencia física. El adjunto acompaña al residente en cada aviso y es el adjunto el que firma el diagnóstico, el alta si procede o el ingreso. La misma mecánica seguirá el Residente de segundo año hasta la mitad de su rotación, momento en el que pasará a realizar las guardias del mismo modo que el R3 y R4.

El R3 y el R4 realizarán sus guardias con un adjunto localizado. Al adjunto se le llama, o bien para una consulta, o para que acuda al hospital en caso de necesitar el paciente tratamiento quirúrgico de urgencia.

Cuando el R3 se encuentre en periodo de rotación fuera del Hospital las guardias se realizarán en el Servicio receptor siguiendo sus normas internas, y siempre que éstas tengan un carácter formativo.

EVALUACIÓN formativa

Las relaciones tutor residente son prácticamente diarias dado los pocos residentes y las características del servicio.

De manera más formal se realizarán valoraciones:

Después de cada rotación, con el Jefe de Servicio o con el Médico adjunto responsable habitual. Se cumplimentará la ficha en modelo oficial normalizado en la que se evaluará la rotación y que, con el Visto bueno del tutor, será enviada a la Comisión de Docencia.

La escala de puntuaciones es 0: insuficiente, 1: suficiente, 2: destacado, 3: excelente. Se valorarán conocimientos y habilidades por un lado y actitudes, por otro.

En otra ficha de evaluación se refleja la nota final del Residente como media de todas las de las diferentes rotaciones. En caso de nota insuficiente el Residente no podrá pasar de año o finalizar su periodo de formación según proceda.

Memoria anual de actividades a modo de Currículo Vitae, en la que constarán los datos más relevantes de las rotaciones, publicaciones, cursos, congresos, sesiones y actividad laboral. Esta Memoria se elabora en la Intranet del HGU en un programa elaborado a tal efecto, y tendrá el visto bueno del tutor.

Según la normativa enviada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, esta evaluación se fundamenta en el informe anual del Tutor Docente sobre cada uno de sus Residentes.

La evaluación se dividirá en tres aspectos:

- La evaluación sumativa del Ministerio con las hojas de evaluación de todos y cada uno de los períodos de rotación, valorando al mismo tiempo el cumplimiento de objetivos marcados con sus niveles de responsabilidad-autonomía presentes en los Itinerarios Formativos Individualizados, que fueron elaborados a principio de año para cada Residente.
- La calificación del Libro Básico del Residente visado por el Tutor Docente.
- Informe Anual de su Tutor Docente.

Evaluación último año de Residencia, final:

Según la normativa enviada por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Esta evaluación se fundamenta en los informes anuales del Tutor Docente sobre cada uno de sus Residentes, durante todo su

periodo de residencia. Estos informes son presentados ante el Comité de Evaluación, que se constituye conforme a la normativa anteriormente mencionada, y en los plazos y forma indicados (generalmente durante el mes de mayo, a continuación de las evaluaciones anuales y sus respectivos plazos de publicación y reclamación).

Como se ha apuntado anteriormente dadas las características del servicio ORL en este hospital el contacto adjunto residente es diario pudiéndose plantear en cualquier momento problemas posibles de la formación de residente.

Actividades Científicas

Los residentes deberán realizar, con carácter obligatorio, **los Cursos del Plan Transversal Común del HGU** el año en curso.

En el primer año de residencia:

- Curso de interpretación de electrocardiogramas
- Curso de radiodiagnóstico
- Curso de protección radiológica
- Curso de seguridad clínica

En el segundo año:

- Curso de reanimación cardiopulmonar

En el cuarto año:

- Curso de Bioética

Los **Cursos propios de la especialidad** se realizarán teniendo en cuenta las necesidades del servicio en cada momento y la disponibilidad de los mismos. Son recomendables para el aprendizaje de anatomía aquellos que incluyen disección en cadáver como: Curso de Microcirugía del Oído y Disección de Hueso Temporal del Instituto García Ibáñez, Curso de Anatomía Quirúrgica y Disección de Cuello y Glándulas salivares, Universidad Autónoma de Barcelona, Curso Teórico-Práctico de Cirugía endoscópica Nasosinusal, hospital Sant Pau...entre otros.

Los residentes deben asistir a las Sesiones que se desarrollan en el seno del Servicio ORL, cuya asistencia es obligatoria, y las generales del hospital. Participará en ellas de manera activa y progresiva.

- **Sesiones Generales del Hospital:** Son mensuales, están organizadas por la comisión de docencia y tienen un carácter clínico-patológico. El ponente puede ser un médico de staff del HGU, uno extrahospitalario o un experto invitado por la comisión. Se celebran en el Salón de Actos del Hospital.
- **Sesiones del Comité Oncológico ORL:** son semanales. Asiste todo el servicio ORL, junto con un miembro del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital de Basurto y los adjuntos y residentes de la Sección de Cabeza y cuello del Servicio de Radiodiagnóstico del HGU. Un adjunto o un

residente de segundo, tercer o cuarto año presentan casos de patología oncológica que se hayan diagnosticado y completado su estudio (con carácter urgente) en el grupo de trabajo. Durante la sesión se vuelve a explorar al paciente, se valoran de manera conjunta las pruebas diagnósticas y se enfoca la mejor opción terapéutica.

- **Sesiones bibliográficas** mensuales, que realizará el residente de cuarto año con la supervisión del tutor. En ellas se revisarán los temas de actualidad de las publicaciones nacionales y extranjeras de mayor impacto.
- **Sesiones generales:** La comisión de docencia establece una sesión general semanal sobre temas clínicos, impartida por residentes de tercer y cuarto año o por adjuntos, de asistencia obligatoria.
- **Sesiones clínicas** diarias sobre los pacientes ingresados, en las que se pone al ORL de guardia al día de la patología.

Durante su formación el residente ORL iniciarse en el conocimiento de la metodología de la **investigación**. Aprenderá a valorar de manera crítica la literatura científica y será capaz de diseñar un estudio, realizar labor de campo, analizar estadísticamente los resultados, elaborar conclusiones y saber presentar su trabajo de manera oral o escrita. De su capacidad de producción científica,

preferencias del residente, necesidades del servicio y criterio del tutor dependerá su **asistencia a congresos de la especialidad.**

Indice

Itinerario formativo **pág.3**

Mapa de competencias para cada año del periodo formativo **pág.29**

Programa de rotaciones **pág 41**

Objetivos docentes **pág 43**

Supervisión **pág 45**

Guardias **pág 47**

Evaluación **pág 48**