

GUIA DOCENTE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Jefe de Servicio: Dr. José Dalmau Galofre

Tutor de residentes: Dr. Fernando Guallart Doménech

Dra. Celia López Mollá

Junio 2018

ÍNDICE

- 1. Estructura del Servicio.**
- 2. Definición de la especialidad.**
- 3. Objetivos docentes. Medios para su consecución.**
- 4. Actividad por año de residencia.**
- 5. Rotatorios externos.**
- 6. Guardias.**
- 7. Tutorización de la residencia y evaluación.**
- 8. Solicitud de vacaciones y días de libre disposición.**
- 9. Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente.**

ESTRUCTURA DEL SERVICIO

RECURSOS HUMANOS

La plantilla actual y personal adscrito al área ORL es la siguiente:

Personal médico

Jefe de Servicio: *Dr. José Dalmau Galofre*

Jefe de Sección: *Dr. Enrique Estellés Ferriol*

Médicos Adjuntos: *Dra. Teresa Seijas Rosales*
Dr. Luis Mompó Romero
Dr. Francisco Pons Rocher
Dra. Viginia Murcia Puchades
Dr. Fernando Guallart Doménech
Dra. Ester Serrano Badía
Dra. Marina Carrasco Llatas
Dra. Celia López Mollá
Dr. Jose Manuel Tamarit Conejeros
Dra. M^a Teresa Cuesta González

Médico Foniatra: *Dra. Pilar Nieto Curiel*

Médicos residentes: *Uno por año de residencia. 4 en total*

Tutor de residentes: *Dr. Fernando Guallart Doménech*
Dra. Celia López Mollá

Personal no médico

En la planta de hospitalización, el personal de enfermería, Auxiliares de Enfermería, personal administrativo y celador, son comunes para ORL, Cirugía Vasculat, Endocrinología y Oftalmología

Logopeda: *Dña. Marta Forcada Barona*

Supervisor de enfermería ORL planta: *D. José Verduch Piqueres*

Personal de enfermería: *3 DUE en consultas externas y 12 en planta.*

Auxiliar de Clínica: *Una en consultas externas y 9 en planta.*

Auxiliar Administrativa: Una en consultas externas y una en planta.

Personal de Quirófano: Compartido con el área quirúrgica.

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

En el Servicio no hay actualmente secciones diferentes propiamente dichas. El objetivo del Servicio es que todos los ORL atiendan la patología general de la especialidad, tanto médica como quirúrgica. Sin embargo, con la práctica diaria, se han ido desarrollando una serie de consultas monográficas, que están a cargo de determinados médicos del servicio, y en las que se pretende atender las patologías más complejas dentro de estas áreas de la especialidad.

RECURSOS MATERIALES

Hospitalización

- 12 Camas en planta 6ª 2ª y disposición de 6 camas en el Servicio de Pediatría (planta 7ª 2ª).
- Sala de curas-despacho (6ª 2ª).
- Administrativa compartida con Cirugía Vascular, Endocrinología y Oftalmología (6ª 2ª).

Consultas Externas (edificio consultas externas 6ª planta)

- 6 consultas
- 1 consulta exploración, análisis vocal y Foniatría.
- 1 sala Secretaría y Administración.
- 1 sala de exploración oto microscópica.
- 1 sala laboratorio y fresado hueso temporal.
- 1 biblioteca y sala de sesiones clínicas.
- 1 sala de espera.

Audiología y Patología Vestibular:

- 2 cabinas audiometría
- 1 cabina audiometría en campo libre y para audiometría tonal y vocal y exploración vestibular.
- 1 cabina impedanciometría
- 1 cabina audiometría por respuesta eléctrica.

Área quirúrgica:

El servicio de ORL dispone actualmente de nueve sesiones quirúrgicas semanales con la siguiente distribución entre anestesia local y general:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañanas	2 (a. gen.)	2 (a. gen.)	1 (a. gen.)	1* (a. gen.)	2 (a. loc. y gen.)
Tardes				1 (a. gen)	

* UCSI

Centro de Especialidades

- 2 consultas.
- 1 cabina audiometría
- 1 impedanciómetro
- 2 otomicroscopios
- 2 fibrolaringoscopios
- 1 sala con camilla para exploraciones necesarias.

CARTERA DE PRUEBAS Y SERVICIOS.

Productos Asistenciales Clínicos:

A.- AUDIOMETRIA :

- a.- Tonal, Liminar, Supraliminar
- b.- Audiometría Verbal.
- c.- Audiometría en campo abierto
- d.- Audiometría infantil

B.- IMPEDANCIOMETRIA

C.- POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS. OTOEMISIONES

D.- EXPLORACION VESTIBULAR

E.- FIBROENDOSCOPIA

F.- RINOMANOMETRIA

G.- FONIATRIA ;

a.- Estudio de la patología de la voz y habla mediante :

- Estroboscopia
- Análisis vocal

b.- Estudio e indicaciones Implante coclear.

H.- **LOGOPEDIA** . Rehabilitación implantes cocleares y de la voz en diversas patologías: laringectomizados, disártricos, disléxicos, patología funcional, parálisis laríngeas...

I.- URGENCIAS ORL Y PAT. CERVICO FACIAL.

Productos Quirúrgicos

A.- CIRUGÍA OTOLÓGICA :

a.- Miringoplastia con / sin reconstrucción de la cadena osicular

b.- Mastoidectomía

c.- Estapedectomía

d.- Miringotomía

e.- Miringotomía + Tubos de drenaje transtimpánicos

f.- Laberintectomías

g.- Cirugía del glomus timpánico - Láser

h.- Cirugía reparadora del pabellón auricular.

i.- Resección de Fístula Auris

j.- Patología quirúrgica del auditivo externo.

k.- Implante coclear

l.- Implante osteointegrado auditivo.

B.- CIRUGÍA NASAL :

a.- Septoplastia

b.- Septorrinoplastia

c.- Cirugía de la válvula nasal

d.- Radiofrecuencia de Cornetes

e.- Resección submucosa de cornetes

f.- Cirugía endoscópica nasal y senos paranasales.

C.- CIRUGÍA DE LOS SENOS PARANASALES :

- a.- *Técnicas Endoscópicas con posibilidad de empleo de Navegador.*
- b.- *Técnicas abiertas:*
 - *Etmoidectomía por vía externa*
 - *Osteoplastia del frontal*
 - *Antrostomía del Seno Maxilar*
 - *Extirpación de tumores del Seno maxilar - con reconstrucción con colgajo músculo temporal.*
 - *Degloving medifacial.*

D.- CIRUGÍA DE LAS GLANDULAS SALIVARES:

- a.- *Parotidectomía*
- b.- *Submaxilectomía*
- c.- *Resección de la glándula sublingual.*

E.- CIRUGÍA DE LAS GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES:

- a.- *Tiroidectomía Total / Hemitiroidectomía*
- b.- *Paratiroidectomía*
- c.- *Cirugía mínimamente invasiva de paratiroides*

F.- CIRUGÍA DIAGNÓSTICA LARÍNGEA :

- a.- *Microcirugía endolaríngea :*
 - *Toma de biopsias en carcinomas*
 - *Tratamiento de la patología vocal (fonocirugía): Sulcus, nódulos , pólipos, vergeture...*
- b.- *Cirugía endoscópica laríngea funcional (CELF).*
- c.- *Electromiografía laríngea.*

G.- CIRUGÍA LARÍNGEA MEDIANTE LASER CO2 :

- a.- *Tratamiento de las Estenosis laríngneas.*
- b.- *Tratamiento de la Patología Oncológica*
 - *Cordectomía*
 - *Hemiglotectomía*
 - *Laringuectomía supraglótica*

- c.- Epiglotectomía
- d.- Tratamiento de la papilomatosis laríngea

H.- CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA CAVIDAD ORAL :

- a.- Hemiglosectomías
- b.- Resección del suelo de la boca (pelvectomía)
- c.- Tratamiento de las neoplasias de encía.
- d.- Mandibulectomía:
 - Parcial interruptriz / no interruptriz
 - Marginal
- e.- Resección de carcinoma de mejilla/ triángulo retromolar
- f.- Maxilectomía

I.- CIRUGÍA DE LA OROFARINGE :

- a.- Amigdalectomía
- b.- Resección Tumores de base de lengua
- c.- Uvulopalatofaringoplastia, faringoplastias, amigdalectomía lingual (Cirugía del ronquido- Sleep Apnea)
- d.- Videofibrosomnoscopia.

J.- CIRUGÍA DE LA RINOFARINGE :

- a.- Adenoidectomía
- b.- Resección angiofibroma nasofaríngeo.

K.- CIRUGÍA ONCOLÓGICA FARINGO - LARÍNGEA :

- a.- Cordectomías
- b.- Hemiglotectomías
- c.- Laringectomía casi total, cricoioidopexia, cricoepiglotopexia.
- d.- Laringectomía horizontal supraglótica
- e.- Laringectomía total
- f.- Faringo Laringectomía total
- g.- Faringectomía Parcial
- h.- Traqueostomía

i.- Cirugía de la rehabilitación de la voz en el laringectomizado :

- Larigectomía total fonatoria
- Punción fonatoria secundaria.

L.- CIRUGÍA ESOFÁGICA :

- a.- Cirugía del divertículo de Zenker
- b.- Cirugía de la disfagia : Miotomía del cricofaríngeo
- c.- Esofagoscopia rígida.

M.-CIRUGÍA GANGLIONAR CERVICAL :

- a.- Vaciamiento ganglionar funcional
- b.- Vaciamientos ganglionar radical
- c.- Vaciamientos selectivos
- d.- Cervicotomía diagnóstica

N.- CIRUGÍA DE LA PATOLOGÍA BENIGNA CERVICAL :

- a. Resección quiste del conducto tirogloso
- b. Resección del linfangioma quístico
- c. Resección de quistes y fístulas branquiales
- d. Laringocele

O.- CIRUGÍA ONCOLÓGICA DÉRMICA :

- a.- Auriclectomía total
- b.- Auriclectomía parcial con / sin reconstrucción.
- c.- Resección neoplasias dorso y ala nasal con / sin reconstrucción.
- d.- Resección neoplasias dérmicas conducto auditivo externo.
- e.- Cirugía del melanoma
- f.- Cirugía oncológica del labio :
 - Bermellectomía.
 - Extirpación de tumor de labio con / sin reconstrucción .
- g.- Carcinomas de piel cervico - facial

P.- TÉCNICAS RECONSTRUCTIVAS :

- a. Colgajo muscular / miocutáneo del pectoral mayor.
- b. Colgajo muscular o miocutáneo del trapecio.
- c. Colgajo deltopectoral o de Bakamjian.
- d. Colgajos del lengua.
- e. Colgajo del temporal.
- f. Colgajo del esternocleidomastoideo
- g. Colgajos dérmicos libres
- h. Colgajos dérmicos por traslación, rotación, deslizamiento.

DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD

En el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología (Orden SCO/1262/2007 del 13 de abril), se define la especialidad como: *“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 estas (audición, respiración, olfacción, deglución y fonación: voz y habla), así como de las estructuras cervicales y faciales conectadas o relacionadas con dichas patologías y funciones”.*

OBJETIVOS DOCENTES. MEDIOS PARA SU CONSECUCCIÓN

Dentro de la formación postgraduada y como Servicio docente, cada año accede un nuevo facultativo para seguir la formación como residente. El plan que sigue en su formación es un programa adaptado a la situación asistencial, docente e investigadora del Servicio y del Centro tomando como base de actuación las directrices que marca la Comisión Nacional de la Especialidad de Otorrinolaringología (Orden SCO/1262/2007 del 13 de abril).

Con este plan se trata de que al finalizar la residencia, el nuevo especialista esté en posesión de los conocimientos y habilidades suficientes que le permitan diagnosticar y tratar médica y quirúrgicamente la patología prevalente dentro de todos los ámbitos de la especialidad. Así mismo se pretende que al finalizar la residencia esté en posesión de los conocimientos y recursos personales que le permitan desarrollar en el futuro, áreas de mayor complejidad de la especialidad.

Para conseguir este objetivo se requiere una formación a varios niveles que en líneas generales podemos dividir en:

- a. Formación teórica
- b. Formación técnica
- c. Formación científica
- d. Formación ética

A continuación pasaremos a detallar de una manera concreta como se obtienen estos objetivos en nuestro Servicio.

FORMACIÓN TEÓRICA

Se trata de 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 general. Además deberán de ofrecerse los sistemas para que el residente conozca al resto de servicios relacionados con su especialidad dentro y fuera de su propio centro hospitalario.

Los conocimientos que se adquirirán durante la residencia se ajustarán al programa definido por la Comisión Nacional de la Especialidad de Otorrinolaringología (Orden SCO/1262/2007, del 13 de abril) que se transcribe en el Anexo 1.

Los medios para obtener estos conocimientos son los siguientes:

- Autoestudio orientado. Todo residente que accede a nuestro Servicio será orientado y estimulado por parte del Jefe de Servicio, tutor de residentes y resto de la plantilla, en el estudio de los textos propios de la especialidad, así como en la búsqueda y lectura de artículos científicos para obtener conocimientos más actualizados.
- Actividades con participación directa del residente.
 - Sesión programa MIR. Sesiones de aproximadamente 30 minutos de duración impartidas en su totalidad por el residente. Periodicidad quincenal los jueves a las 8:30 según programa que se establecerá al principio del curso lectivo. Dicho programa se elaborará conjuntamente por parte del Tutor de Residentes y el residente de cuarto año atendiendo ideas y sugerencias del resto del Servicio. Los temas se ajustarán al temario de la Comisión Nacional de la especialidad y se evitará repetir los de los cuatro años anteriores. El encargado de cada sesión deberá entregar al Tutor el texto y las diapositivas de la presentación en formato electrónico para la elaboración al final del curso de un CD con todas las sesiones del

año con la finalidad de que sirvan de método de estudio para el resto de residentes en años sucesivos.

Dentro de estas sesiones se incluirán sesiones de revisión bibliográfica sobre temas concretos que serán realizadas preferentemente por el R4 o R3.

- Sesión prequirúrgica. Todos los viernes a las 8:30. En esta sesión se discuten las cirugías realizadas durante la semana en curso y se comentarán las programadas para la siguiente. Son presentados por los residentes a los que se preguntará sobre la patología, la indicación quirúrgica en concreto y las posibles alternativas terapéuticas. De este modo se estimula el estudio, se comprueba la asimilación de los conocimientos y se desarrolla el sentido autocrítico.
- Actividades a las que los residentes acuden como asistentes pero sin participación directa en las mismas:
 - Sesión clínica pública vespertina. Periodicidad mensual los martes a las 19.30 h. Se desarrolla en horario vespertino para facilitar el que todos los miembros del equipo puedan acudir y a la vez dar opción para que puedan asistir el resto de profesionales de la Comunidad a los que se les remite programa mensualmente. Los temas que se desarrollan en este tipo de sesiones son impartidos por miembros de la plantilla o profesionales de otros servicios de reconocido prestigio y experiencia en los diferentes campos de la Otorrinolaringología y especialidades afines.
 - Comité de tumores de cabeza y cuello. Periodicidad quincenal los miércoles a las 8:30h en la sala de reuniones de Consultas Externas del Servicio. Participan aparte de los miembros de ORL los de Odonto-estomatología, Anatomía Patológica, Dermatología, Radioterapia y Oncología médica. Tiene como finalidad la unificación de criterios, puesta al día y toma de decisiones terapéuticas en cuanto al manejo multidisciplinario de los pacientes afectos de tumores de cabeza y cuello.
 - Mesa de implantes cocleares. Periodicidad mensual los Jueves a las 8.30 h en Consultas Externas. Reunión multidisciplinaria entre especialistas ORL, foniatra y logopeda en la que se presentan y discuten los pacientes candidatos a implante coclear.
- Asistencia cursos, reuniones y congresos. Se promocionará la asistencia de los residentes a aquellos eventos de especial interés para su formación.

- Rotatorios internos dentro del propio Hospital por los Servicios de Anatomía Patológica, Radiología y Endocrinología. En cada rotación se intenta la toma de contacto con aquella parte de la especialidad de la que se realiza la rotación relacionada con la Otorrinolaringología. En la rotación de Radiología se pretende la toma de contacto básicamente con la TC y RNM del área cérvicofacial. En su paso por Anatomía Patológica el residente dirigirá su aprendizaje al conocimiento de la semántica y nomenclatura de la información dirigida especialmente a la patología oncológica de nuestra especialidad. Con respecto a la rotación por Endocrinología, el interés de la misma se basa en el diagnóstico y la orientación de la patología tiroidea y paratiroidea dado que en nuestro Servicio se realiza el tratamiento quirúrgico de estas glándulas.
- **Cursos de formación común complementaria** organizados por la Comisión de Docencia “ **Plan Transversal Común**”

La Comisión de Docencia del Hospital Dr. Peset, promueve la realización de cursos de formación genérica con carácter obligatorio para los especialistas en formación motivada por varias razones:

1. Completar la formación de cara a su actividad asistencial como especialistas.
2. Ofrecer las herramientas para poder manejarse en otras facetas profesionales de los especialistas, más allá de las puramente asistenciales, y en concreto para las actividades docentes e investigadoras.
3. Responder a las exigencias de los programas formativos actuales que incluyen contenidos genéricos de formación además de los específicos de cada especialidad.
4. Involucrar al personal facultativo del Hospital en la formación de los residentes en aspectos distintos de la actividad asistencial.

Siguiendo la iniciativa del curso 2007-2008, se pretende llevarlo a cabo en el primer y 2º año de residentes, con continuidad anual, para interferir lo menos posible en los programas de formación específica, y permitir tener tiempo de poner en práctica lo que se haya transmitido en los cursos.

El carácter de obligatoriedad es general, aunque según los cursos y las peculiaridades de algunas especialidades o la formación previa de los residentes, algunos cursos pueden ser voluntarios. Dentro de los obligatorios podrán estar exentos aquellos residentes que acrediten haber realizado con anterioridad algún curso homologado, de duración y contenido análogo. Para superar los cursos será necesario la

asistencia y una evaluación que documente conocer los temas impartidos.

En caso de no superar el curso por imposibilidad justificada de la asistencia o por evaluación negativa se establecerá una forma de recuperación de entre dos posibles: o bien asistir a la convocatoria del año siguiente, o bien realizar algún trabajo de recuperación que interrelacione el temario y la propia especialidad del residente. La forma de recuperación se decidirá entre el responsable del curso y los demás responsables docentes.

Debido al carácter obligatorio se establecerá un horario dentro del horario laboral ordinario, procurando que ocupen en la mayoría de los casos una parte al inicio de la mañanas para permitir seguir la mayor parte del tiempo en los puestos de trabajo habitual, y se repartirá a lo largo del año para distorsionar lo menos posible su actividad en los Servicios correspondientes.

FORMACIÓN TÉCNICA

Se trata de posibilitar que el médico en formación lleve a cabo los procedimientos exploratorios y quirúrgicos propios de la especialidad que le permitan diagnosticar y tratar médica y quirúrgicamente la patología prevalente dentro de todos los ámbitos de la especialidad.

Especial mención merece el apartado técnico que en algunas ocasiones en el trabajo diario es realizado por personal no facultativo pero que es de obligado conocimiento en el período de formación.

Los medios para obtener estos objetivos son:

- Asistencia en consultas externas. Realización de primeras visitas, sucesivas y atención de las urgencias, que en nuestro Servicio son atendidas en consultas en horario de mañana. De este modo el residente adquiere las habilidades necesarias en los procedimientos exploratorios que le permitan diagnosticar y tratar adecuadamente la patología propia de la especialidad.
- Rotatorios internos dentro del propio Servicio para aprendizaje de las técnicas especiales de diagnóstico: audiología, videonistagmografía, potenciales evocados auditivos, rinomanometría y foniatría.
- Asistencia en sala de hospitalización, a mes completo junto con el adjunto responsable de sala. Durante este tiempo, la asistencia a sala primará sobre el resto de la labor asistencial. De este modo el residente aprende el cuidado de los enfermos postquirúrgicos, de las patologías severas que sobrepasan el ámbito de las consultas externas, así como la patología ORL concurrente en otras especialidades.

- Asistencia a cursos específicos. Se promocionará la asistencia de los residentes a aquellos cursos prácticos tanto de técnicas diagnósticas como quirúrgicas que se consideren de especial interés. Por su trascendencia formativa resaltamos la obligatoriedad de la asistencia a un curso de disección de hueso temporal y uno de disección de senos paranasales que se deberán realizar desde MIR2. Se aconseja la realización otro curso de disección de hueso temporal y uno de patología vestibular
- Disección de hueso temporal. El Servicio dispone de un laboratorio de disección de hueso temporal dotado con todo el instrumental necesario. Todos los meses de Octubre a Junio se organiza una sesión de fresado, tutelada por un adjunto del Servicio, a la que deben acudir obligatoriamente todos los residentes, si bien el laboratorio está disponible para su libre utilización por parte de los mismos cuando estos lo deseen.
- Asistencia a quirófano. 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.
- Guardias. Durante el primer año de residencia, dado que las guardias de adjunto de ORL en nuestro centro son localizadas y ajustándose al artículo 15 del Real decreto 183/2008 del 8 de febrero (Anexo 2), las guardias se realizarán en el Servicio de Urgencias. A partir del segundo año las guardias serán de especialidad.

FORMACIÓN CIENTIFICA

Durante su formación el residente de Otorrinolaringología debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación.

Debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación ya sea de tipo observacional o experimental, aprendiendo a evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud, siendo capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de sus datos, el análisis estadístico, así como su discusión y elaboración de conclusiones que debe saber presentar como comunicación o publicación.

La formación en investigación debe progresar a medida que avanza el proceso de maduración durante los años de especialización sin perjuicio de que una vez cumplido su período de residencia, pueda adquirir una formación adicional en un área concreta de investigación.

Los medios para obtener estos conocimientos son los siguientes:

- Comunicaciones a congresos. Los residentes deben presentar al menos una comunicación tanto en forma de póster como de presentación oral en los congresos a los que acudan.
- Publicaciones científicas. Se promocionará la publicación de artículos por parte de los residentes tutelados por un adjunto del Servicio. Se considera como mínimo deseable la publicación durante el periodo de residencia de 7 trabajos como primer autor por residente, 5 de casos clínicos y 2 de revisión o investigación.
- Tesis doctoral. A todo residente que lo desee se le propondrá un tema de tesis doctoral dirigida por al menos un miembro del Servicio y se le facilitarán los medios para su realización.

FORMACIÓN ÉTICA

Estos objetivos se basarán en conseguir una adecuada formación en el aspecto humano que acompañe al especialista en su formación que cada vez se tecnifica más, se hace más competitiva y nos olvidamos de aquellos aspectos generales que como médicos no debemos pasar por alto dado que en muchas ocasiones la excesiva presión teórica en las facultades de medicina hace que se llegue a los hospitales con la formación que nos ha proporcionado el haber “superado” la prueba de acceso a MIR.

Se trata pues de inculcar en el médico en formación actitudes éticas de relación humana con el paciente, la mejora continua de la calidad, el aprecio por la investigación y el progreso en el conocimiento científico, la gestión óptima de los recursos sanitarios y el trabajo en equipo

ACTIVIDAD POR AÑO DE RESIDENCIA

Siguiendo las directrices generales de la Comisión Nacional nuestro programa para los MIR de ORL puede desglosarse en los siguientes puntos atendiendo a los cuatro años del periodo formativo:

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

El primer año de residencia constituye el primer contacto con la especialidad y en muchos casos también con el ejercicio práctico de la medicina. La formación durante este año debe ir encaminada a establecer unas bases sólidas a nivel teórico, práctico y ético que son fundamentales para el adecuado desarrollo formativo durante el resto de la residencia.

El médico interno residente de primer año (MIR1), en el momento de su incorporación, en el mes de mayo habitualmente, iniciará sus rotatorios externos en los Servicios de Radiodiagnóstico, Endocrinología y Anatomía Patológica. Los realizará a tiempo completo durante los meses de Julio, Septiembre y Octubre. Durante el tiempo de sus rotaciones deberá asistir a las sesiones de su Servicio así como a las del Servicio en las que realiza la rotación y en caso de coincidencia, primarán las de este último.

Ya en el Servicio de ORL, la actividad asistencial se realizará básicamente en las consultas externas para el aprendizaje tutelado por los adjuntos del Servicio y sus compañeros de residencia de la realización de una correcta historia clínica, exploración y seguimiento adecuado de los pacientes, así como una correcta relación médico-paciente.

Durante este primer año realizará los rotatorios internos dentro del propio Servicio para aprendizaje de las técnicas especiales básicas de diagnóstico de la especialidad, esto es: audiología y exploración vestibular (videonistagmografía y VHIT). Este rotatorio se realizará en el segundo semestre del año, ajustándose su fecha exacta a las circunstancias del Servicio en cada momento. Su duración es de un mes para cada una, los días de citación de estas pruebas. Será tutelada por el adjunto responsable de las respectivas secciones y su realización primará sobre el resto de la actividad asistencial.

Al final del periodo formativo asistirá un mes completo a sala de hospitalización acompañado en todo momento por el adjunto responsable. La asistencia a sala primará sobre cualquier otra actividad asistencial incluida la asistencia a quirófano.

Dentro de su formación debemos contemplar las urgencias que, como se ha comentado en punto anterior, en este primer año van a estar vinculadas a la asistencia en concepto de atención continuada (guardias) de urgencias generales según calendario y puesto marcado por la comisión de Dirección del Departamento de Salud Valencia-Dr. Peset, independientemente que durante la mañana asistirá urgencias solamente de su especialidad dentro del marco de la consulta externa del Servicio.

La actividad quirúrgica, durante este primer año se centrará en las sesiones quirúrgicas los Jueves por la tarde con el aprendizaje de la cirugía de mayor prevalencia de la especialidad como son las técnicas de amigdalectomía, adenoidectomía, paracentesis, tubos de ventilación oído, septoplastia etc... Por otra parte y siguiendo la programación de la cirugía sin ingreso del Servicio, a partir del cuarto a quinto mes de residencia asistirá a estas sesiones según orden entre los MIR que se realizan los Jueves por la mañana y siempre bajo la tutela de un miembro de la plantilla.

Con respecto a la formación teórica, será obligatoria la asistencia y participación en su caso a las sesiones programadas del Servicio que ya se han descrito en apartados anteriores.

En otro orden de los aspectos formativos teóricos no debemos olvidar la importancia que tiene para la buena formación profesional la asistencia a cursos, congresos, reuniones etc... Durante este primer año, asistirá como primer evento al Congreso Nacional en el mes de Noviembre como toma inicial de contacto. Será ésta la única ocasión en la que su actividad será de colaboración con sus compañeros en la preparación de trabajos sin tener la responsabilidad de trabajo concreto como primer firmante.

En cuanto a la actividad científica, el residente de primer año deberá publicar como primer autor al menos un artículo sobre un caso clínico en revista indexada.

Al finalizar el primer año de residencia o al iniciar el segundo se determina un tema como proyecto de Tesis Doctoral para que junto con la preparación de sesiones, comunicaciones y publicaciones pueda obtener experiencia en el desarrollo de capacidad investigadora y sentido crítico en el estudio científico, así como preparar un historial científico competitivo para cuando deba de incorporarse al mundo laboral de forma definitiva.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

A partir del primer mes de MIR2, habitualmente en el mes de Julio, el residente pasa a formar parte de uno de los tres grupos de trabajo que el Servicio tiene establecidos para su funcionamiento. Los miembros de estos grupos, en número de tres médicos de plantilla y un MIR coinciden en su actividad semanal de consulta externa y cirugía, de esta forma se logra unificación de criterios y una buena integración del MIR con estos grupos de trabajo durante 6 meses. Se facilita su formación quirúrgica progresiva gracias al contacto estable entre la persona que se está formando y los médicos encargados de dirigir y tutelar su formación. Para el conocimiento de las rotaciones remitimos al MIR al Manual de Funcionamiento del Servicio. Iniciará su actividad, y así hasta el final de la residencia, de asistencia continuada (guardias) con la atención exclusiva de las urgencias de ORL que acuden a puertas de urgencias del Centro o las derivadas de los pacientes ingresados del Hospital.

MIR
R2 Julio a Diciembre (rojo) Enero a Junio (azul)
R3 Julio a Diciembre (verde) Enero a Junio (rojo)
R4 Julio a Diciembre (azul) Enero a Junio (verde)

* Los colores corresponden a los grupos de trabajo a realizar la rotación. Ver planificación general en Manual Funcionamiento del Servicio en su versión 2009.

Su actividad en consulta externa se centrará básicamente en la realización de primeras visitas y primeras segundas con la consiguiente orientación para su estudio y planteamiento diagnóstico-terapéutico. El MIR siempre podrá citarse para su control y aprendizaje a pacientes que haya visitado en cualquier área del Hospital y quiera controlar. Todo ello bajo la tutela y observación de los miembros de plantilla o los MIR de tercero y cuarto años.

La formación quirúrgica sigue ciertos niveles de complejidad para conseguir que el aprendizaje sea progresivo sin menoscabar en ningún momento la seguridad del paciente. Al formar parte de un grupo de trabajo, el residente seguirá su aprendizaje según la actividad de ese grupo durante seis meses, grupo que volverá a repetir después de la rotación por los otros dos.

Durante este segundo año el nivel de complejidad de las técnicas se incrementa y el MIR deberá conseguir experiencia y solidez en cirugía cervical como traqueotomías, submaxilectomías, quistes tiroglosos, quistes branquiógenos, cervicotomías, biopsias incisionales, microcirugía laríngea etc... Por otra parte inicia su entrenamiento quirúrgico en cirugía del tabique y pirámide nasal. Dentro del campo de la cirugía sin ingreso mantiene su actividad mensual con turno rotatorio con los otros MIR.

El residente de segundo año acudirá a sala de hospitalización junto con el adjunto responsable durante dos meses sucesivos. En este periodo, la asistencia a sala primará sobre cualquier otra actividad asistencia si bien seguirá acudiendo a quirófano, salvo al quirófano UCSI.

Con respecto a la formación teórica, sesiones y otras actividades docentes y de formación continuada remitimos a las actividades descritas en el apartado anterior del MIR1.

En cuanto a la formación científica, se considera como objetivo mínimo durante este año de residencia la publicación como primer firmante de al menos dos artículos en revista indexada.

TERCER AÑO DE RESIDENCIA

En el período de MIR3 la actividad formativa sigue en la línea del año anterior y se inicia un mayor contacto con la patología ótica y la cirugía del oído. Esto es así al pasar a formar parte del grupo que desarrolla su actividad quirúrgica los miércoles y viernes en quirófanos preparados específicamente para esta cirugía. Es recomendable que cuando inicia este período de formación el residente haya ya realizado un curso de disección de temporal. Durante este periodo se preparará de forma progresiva y tutelada en la orientación diagnóstico-terapéutica de la patología ótica. Así deberá de asumir la patología del oído, la orientación de las hipoacusias y el estudio de la patología vestibular. De esta forma entrará en el campo de la otitis media crónica con el aprendizaje de la cirugía funcional de oído crónico (miringoplastias, timpanoplastias...), la patología de la otitis crónica colesteatomatosa (mastoidectomías), otosclerosis (estapedectomía) y los implantes osteointegrados.

Al igual que el MIR 3, acudirá a sala de hospitalización durante dos meses consecutivos.

Durante este año el residente debe ya participar activamente con la presentación de comunicaciones en congresos de la especialidad así como la publicación de trabajos científicos en revistas y colaboraciones con otras publicaciones de nuestro campo. Se considera como objetivo mínimo la publicación como primer firmante de al menos dos artículos en revista indexada.

CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

El cuarto año de residencia (MIR4), último año de la formación, lo consideramos un año puente entre la etapa formativa y la de especialista. De esta forma el MIR de cuarto año inicia este periodo repitiendo grupo de trabajo con mayor dedicación a la cirugía cervical para su consolidación en el conocimiento de la patología que había iniciado en el último semestre de MIR2. Así, deberá de adquirir mayor solidez en la cirugía tiroidea (tiroidectomías), laríngea (laringectomías parciales y totales) y cirugía ganglionar cervical. En esta etapa iniciará su relación con la patología y cirugía sinusal. Su formación acaba con el último semestre dedicado básicamente a la patología otológica para consolidar lo iniciado en el primer semestre del tercer año.

Acudirá a sala de hospitalización durante un mes completo durante el cual se le concederá mayor autonomía y capacidad de decisión supervisado por el adjunto responsable. Al igual que en años anteriores, la asistencia a sala primará sobre cualquier otra actividad asistencia si bien seguirá acudiendo a quirófano, salvo al quirófano UCSI.

Al principio de este periodo realizará un rotatorio de un mes por la sección de foniatría del Servicio lo que incluye la asistencia a los quirófanos de fonocirugía aunque no coincidan con los que le correspondan con su rotación por los grupos de trabajo.

En cuanto a la formación científica, al igual que en los años anteriores, se considera como objetivo mínimo durante este año de residencia la publicación como primer firmante de al menos dos artículos en revista indexada.

Durante MIR4 el residente actuará de portavoz y enlace entre sus compañeros, el tutor de residentes y la dirección del Servicio. Esta misión que podríamos llamar de "jefe de residentes" tiene una trascendencia capital para la ayuda formativa de los residentes de años inferiores ya que actúa para ellos como una referencia a imitar con toda la responsabilidad que esto comporta. Colaborará en el diseño del programa de sesiones para MIR del Servicio y coordinará las comunicaciones, publicaciones, trabajos de investigación etc... junto con el tutor y el Jefe del Servicio. En otro orden de cosas es el momento para que conozca aunque sea de forma superficial algunos aspectos, indicadores y tendencias de gestión cada vez más importantes en nuestra práctica diaria.

ROTATORIOS EXTERNOS

El real decreto 183/2008 de 8 de febrero que regula los aspectos formativos del sistema de formación sanitaria especializada, define las rotaciones externas como *los períodos formativos, autorizados por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma, que se lleven a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente.*

Así mismo establece que *estas rotaciones deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias del mismo.* Y aconseja que *se realicen preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.*

Teniendo en cuenta estas premisas y si el residente así lo desea, es recomendable la realización de un rotatorio externo durante las residencias, considerando aconsejable dada la cartera de servicios de nuestro Servicio y lo breve de la residencia en relación al gran contenido de la misma, un periodo máximo de dos meses, preferentemente de R4.

La autorización de rotaciones externas requerirá el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Ser propuestas por el tutor a la Comisión de Docencia con especificación de los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos, o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que según el programa de formación son necesarias o complementarias del mismo.
- b) Que se realicen preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.
- c) No superar los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual, ni superar los doce meses en el conjunto del periodo formativo de la especialidad.
- d) Que la gerencia del centro de origen se comprometa expresamente a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación externa.
- e) Que la Comisión de Docencia de destino manifieste expresamente su conformidad, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las posibilidades docentes del dispositivo donde se realice la rotación.

El centro donde se haya realizado la rotación externa emitirá el correspondiente informe de evaluación siguiendo los mismos parámetros que en las rotaciones internas previstas en el programa formativo, siendo responsabilidad del residente el traslado de dicho informe a la secretaría de la comisión de docencia de origen para su evaluación en tiempo y forma.

Las rotaciones externas autorizadas y evaluadas, además de tenerse en cuenta en la evaluación formativa y anual, se inscribirán en la Memoria del Residente.

GUARDIAS

Como ya se ha comentado, durante el primer año de residencia, las guardias se realizarán en el Servicio de Urgencias.

A partir del segundo año las guardias serán de especialidad. En general, se harán cinco guardias al mes, debiéndose cubrir los festivos. Salvo los dos primeros meses de su residencia, no se podrá coincidir con las guardias de puertas de R1. En aras de mantener la calidad asistencial, los meses de julio, agosto y septiembre, se aumentará el número de guardias para compensar los periodos vacacionales. Lo mismo se tendrá en cuenta en caso de rotatorio externo de un residente.

Cumpliendo estas premisas, la distribución de los días de guardia, se hará por acuerdo entre los residentes. Caso de no haber acuerdo, será el Jefe de Servicio quien lo hará.

TUTORIZACION DE LA RESIDENCIA Y EVALUACION

TUTORIZACIÓN

El primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente es el tutor, figura regulada por el *REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero-*

Sus principales funciones son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente. Velará por que se sigan las recomendaciones del programa de la especialidad en cuanto a número y tipo de intervenciones y ayudantías adaptándose a las características del Servicio, la variabilidad de la demanda y la situación particular de cada residente.

El nombramiento del tutor se efectuará por **el órgano directivo** de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la comisión de docencia y previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente. Salvo causa justificada o situaciones específicas derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialistas, será el mismo durante todo el período formativo y tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes

Al principio del periodo formativo, el tutor elaborará, en colaboración con el Jefe de Servicio, una planificación de la actividad de los residentes en la que se contemplen los diversos rotatorios, días de consulta, quirófanos etc. Esta planificación no es estática y se irá modificando a lo largo del curso según las circunstancias puntuales del Servicio y particulares de cada residente.

El tutor mantendrá con el residente un contacto continuo y estructurado por medio de las sesiones tutor-MIR y entrevistas personales tutor-MIR. A continuación se detallan cada una por separado:

- Las sesiones tutor-MIR son las que mantiene el tutor con todos los médicos residentes. Este tipo de reunión proporciona a los MIR la posibilidad de, a través del tutor, exponer inquietudes, dificultades y sugerencias que puedan surgir durante su etapa de formación. Además se repasa la situación concreta para cada año de residencia, cumplimiento del programa y programación. Además facilita la planificación revisión y corrección de, publicaciones científicas, comunicaciones y conferencias que presentan los MIR en sus diferentes

asistencias a congresos y reuniones. Serán de cadencia trimestral, si bien se puede convocar en cualquier momento una reunión de carácter extraordinario si la situación así lo requiere.

- Las entrevistas tutor-MIR son las que mantiene el tutor de manera individualizada con cada uno de los residentes. Esta entrevista permite valorar la progresión individual de cada residente, sus inquietudes y necesidades particulares, y en general tratar los temas que escapan al ámbito de una sesión pública. Estas entrevistas serán también de cadencia trimestral si bien el tutor estará abierto a entrevistarse con el residente cuando este lo requiera.

Así mismo, el tutor mantendrá entrevistas periódicas con el Jefe de Servicio y el resto de profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje, el cumplimiento del programa, así como las quejas y sugerencias de los residentes y en las que se evaluarán posibles mejoras en la planificación docente y la solución de problemas concretos.

EVALUACIÓN

El proceso de evaluación del residente está regulado por el **REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero**, desarrollado con posterioridad por la Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación.

El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativa, anual y final.

Evaluación formativa

La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia ya que efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación. Permite evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, mide la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el Programa de Formación de la correspondiente especialidad e identifica las áreas y competencias susceptibles de mejora, aportando sugerencias específicas para corregirlas.

Los instrumentos de la evaluación formativa son:

- a) Evaluación de los residentes al final de cada rotación, tanto dentro del Hospital como externas.

En cada rotación establecida en la presente guía, el tutor preparará un Informe de Evaluación de la Rotación en el que se harán constar los objetivos propuestos en la misma, y que será rellenada por el médico responsable de esa rotación y/o el responsable docente de la unidad de

rotación. De este informe, se enviará una copia a la Comisión de Docencia al finalizar la misma.

Los periodos dentro del propio Servicio se evalúan como una rotación.

La escala de valoración es de 0 a 10 y es la siguiente:

- a) **1-2: Muy insuficiente.** Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
- b) **3-4: insuficiente.** No alcanza los objetivos de la rotación, pero podrían alcanzarse en un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir duración del periodo complementario.
- c) **5: Suficiente.** Alcanza los objetivos de la rotación.
- d) **6-7: Bueno.** Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en alguno de ellos.
- e) **8-9: Muy bueno.** Domina todos los objetivos de la rotación.
- f) **10: Excelente.** Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

Los aspectos valorados serán los siguientes:

- **Conocimientos y Habilidades:**
 - Conocimientos adquiridos.
 - Razonamiento/valoración del problema.
 - Capacidad para tomar decisiones.
 - Habilidades.
 - Uso racional de recursos.
 - Seguridad del paciente.
- **Actitudes:**
 - Motivación.
 - Puntualidad/asistencia.
 - Comunicación con el paciente y la familia.
 - Trabajo en equipo.
 - Valores éticos y profesionales.

- b) **Entrevista trimestral tutor-residente:** según formato marcado y aprobado por Comisión de Docencia.

Según normativa vigente **REAL DECRETO 183/2008**, de 8 de febrero *Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en un número **no inferior a cuatro por cada año formativo**, se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente*

- c) Otros instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando. Esto incluye la posible realización de exámenes, de cuyo resultado no se hará partícipe al resto del Servicio, incluyendo los otros residentes.
- d) El **libro del residente** como soporte operativo de la evaluación formativa del residente.

El tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará informes normalizados basados en los instrumentos anteriormente mencionados. Los mencionados informes se incorporarán al expediente personal de cada especialista en formación.

Evaluación anual

La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo. Dicha calificación será a nivel cualitativo de 0 a 10. A nivel cuantitativo los términos de evaluación son los siguientes:

- a) Positiva (≥ 5): Cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. En caso de ser favorable, el Residente pasa de año o finaliza su período de formación, según corresponda
- b) Negativa (< 5): Cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Las evaluaciones anuales negativas podrán ser recuperables en determinados supuestos previstos en los apartados 1 y 2 del artículo 22 del Real Decreto 183/2008. No serán recuperables en los supuestos previstos en el apartado 3 de dicho artículo.

La evaluación anual es responsabilidad del tutor, el cual elaborará al final del año lectivo el Informe de Evaluación Anual del Tutor, según formato y criterios definidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y adaptados por la Comisión de Docencia.

Finalizado el año formativo, se reunirá el Comité Evaluador al que el tutor aportará los informes de la evaluación formativa y el informe anual. En base a esta documentación se elaborará un informe de Evaluación Anual por el Comité de Evaluación, que se remitirá al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Una vez realizada la evaluación, se comunicará a cada residente en entrevista privada con el Jefe de Servicio, el de Sección y el tutor el resultado de la misma, razonando de forma constructiva la puntuación asignada en cada uno de los puntos y explicando en que aspectos se considera que la progresión es adecuada y en cuales es preciso mejorar.

Evaluación final

Al finalizar el periodo formativo, el Comité Evaluador elaborará un Informe de Evaluación del Periodo de Residencia que se remitirá al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Dicha evaluación será a nivel cualitativo de 0 a 10. A nivel cuantitativo los términos de evaluación son los siguientes:

- a) Negativa (< 5).
- b) Positiva (5 – 7,5).
- c) Positiva destacado (> 7,5)

SOLICITUD DE VACACIONES Y DIAS DE LIBRE DISPOSICIÓN

Para pedir las vacaciones se rellena una hoja de solicitud. Se cursa siempre en el propio Servicio salvo durante las rotaciones internas por distintas especialidades en que se deben dirigir al responsable del Servicio por donde se esté rotando. En caso de dudas, se debe dirigirse al tutor.

Se precisa del permiso del Jefe de Servicio quien tiene la última palabra según las necesidades del Servicio.

Dado que la actividad quirúrgica desciende de manera importante entre el 15 de julio y el 15 de septiembre, se recomienda tomar las vacaciones en este intervalo, salvo el R1 que depende del Servicio de Urgencias. En todo caso, siempre debe haber un R3 o R4 con un R1 o R2.

Siguiendo estas premisas, para elegir los días de vacaciones, los residentes deben ponerse de acuerdo entre ellos. Caso de no haberlo, el Jefe de Servicio es quien decidirá el periodo vacacional de cada uno.

LA RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE

El Real decreto 183/2008 en su capítulo V relativo al deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, establece que se deben definir los niveles de responsabilidad y la necesidad de supervisión inherentes a las actividades asistenciales que deben realizar los residentes en el aprendizaje de su especialidad.

La Comisión de Docencia de nuestro Hospital ha elaborado un protocolo para graduar las actividades asistenciales de los residentes, tanto en las actividades de carácter ordinario como en el área de Urgencias.

En nuestro Servicio suscribimos dicho documento que se adjunta en su totalidad a la presente guía como anexo 3.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Los conocimientos y las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.

Nivel 3. Responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

CRITERIOS PARA ASIGNAR NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes.

El responsable de establecer los niveles de responsabilidad de cada residente, es el tutor de residentes, que podrá además matizar cada caso en particular y transmitirlo a los especialistas a los que se asigne un residente.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y GRADUACIÓN DE LA SUPERVISIÓN EN ACTIVIDADES DE CARÁCTER ORDINARIO

Residentes de primer año.

Como norma general, para los residentes de **primer año** se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Anamnesis y exploración física	Nivel 1
Solicitud de pruebas diagnósticas básicas	Nivel 1*
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales	Nivel 2**
Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 2***
Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos	Nivel 2 o 3****
Información a paciente/familiares	Nivel 1****
Decisión de alta hospitalaria.....	Nivel 2***

* Analítica y radiología simple / Ecografía

** Radiología compleja (TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones

*** Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.

**** El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento.

Residentes de segundo año o sucesivos.

Para los residentes de **segundo año o sucesivos** se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Anamnesis y exploración física	Nivel 1
Solicitud de pruebas diagnósticas	Nivel 1
Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 1
Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos	Nivel 1, 2 o 3*
Información a paciente/familiares	Nivel 1
Decisión de alta hospitalaria.....	Nivel 2

* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y GRADUACIÓN DE LA SUPERVISIÓN EN URGENCIAS

Residentes de primer año.

Anamnesis y exploración física	Nivel 1
Solicitud de pruebas diagnósticas básicas	Nivel 1
Solicitud de pruebas diagnósticas especiales	Nivel 2
Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 2***
Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos	Nivel 2 o 3****
Información a paciente/familiares	Nivel 1****
Decisión de alta hospitalaria.....	Nivel 2***

* Analítica y radiología simple / Ecografía

** Radiología compleja (TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones

*** Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.

**** El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento.

Residentes de segundo año o sucesivos.

Para los residentes de **segundo año o sucesivos** se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Anamnesis y exploración física	Nivel 1
Solicitud de pruebas diagnósticas	Nivel 1
Indicación/validación de tratamiento farmacológico	Nivel 1
Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos	Nivel 1, 2 o 3*
Información a paciente/familiares	Nivel 1
Decisión de alta hospitalaria.....	Nivel 1

* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

ANEXO 1:

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

9411 *ORDEN SCO/1262/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología.*

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en ciencias de la salud, previendo su publicación en el Boletín Oficial del Estado para general conocimiento.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Otorrinolaringología ha elaborado el programa formativo de dicha especialidad que ha sido verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano asesor en materia de formación sanitaria especializada al que, de conformidad con lo previsto en la disposición transitoria sexta de la Ley 44/2003, antes citada, corresponde ejercer las competencias del todavía no constituido Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Asimismo, dicho programa formativo ha sido estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud al que se refiere el Real Decreto 182/2004, de 30 de enero, por el que se creó dicho órgano colegiado del que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Universidades del Ministerio de Educación y Ciencia.

En su virtud, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 44/2003, previos informes favorables de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación y Ciencia, dispongo:

Primero.—Aprobar el programa formativo de la Especialidad de Otorrinolaringología, cuyo contenido se publica como anexo a esta Orden.

Segundo.—Dicho programa formativo será de aplicación a los residentes de la Especialidad de Otorrinolaringología que obtengan plaza en formación en Unidades Docentes de dicha especialidad, a partir de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se apruebe la convocatoria nacional de pruebas selectivas 2006 para el acceso en el año 2007 a plazas de formación sanitaria especializada.

Disposición transitoria única.

A los residentes que hubieran iniciado su formación en la Especialidad de Otorrinolaringología por haber obtenido plaza en convocatorias anteriores a la que se cita en el apartado segundo de esta Orden les será de aplicación el programa anterior de dicha especialidad, aprobado por Resolución de 25 de abril de 1996, de la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia.

No obstante lo anterior, la Comisión de Docencia de la Unidad Docente en la que se haya obtenido plaza podrá adaptar, a propuesta del responsable de la Unidad y con la conformidad del residente, los planes

individuales de formación previstos en el Apartado segundo 2.c de la Orden de 22 de junio de 1995, al nuevo programa formativo en la medida en que, a juicio de dicha Comisión, sea compatible con la organización general de la Unidad y con la situación específica de cada residente.

Disposición final.

Esta Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 13 de abril de 2007.—La Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado Méndez.

ANEXO

Programa oficial de la Especialidad de Otorrinolaringología

1. Denominación oficial de la especialidad y requisitos de titulación

Otorrinolaringología.
Duración: Cuatro años.
Licenciatura previa: Medicina.

2. Definición 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 estas (audición, respiración, olfacción, deglución y fonación: voz y habla), así como de las estructuras cervicales y faciales conectadas o relacionadas con dichas patologías y funciones.

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.

3. Objetivos generales del programa formativo

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

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 otorrinólogo general.

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.

Inculcar en el médico en formación: Actitudes éticas de relación humana con el paciente, la mejora continua de la calidad, el aprecio por la investigación y el progreso en el conocimiento científico, la gestión óptima de los recursos sanitarios y el trabajo en equipo.

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. Estructura del programa

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

Conocimientos y habilidades relativos a la patología otológica durante todo el periodo de residencia (apartado 5).

Conocimientos y habilidades relativos a la patología de la nariz, fosas nasales y senos paranasales durante todo el periodo de residencia (apartado 6).

Conocimientos y habilidades relativos a la patología de la cavidad oral y la faringe durante todo el periodo de residencia (apartado 7).

Conocimientos y habilidades relativos a la patología laríngea y cervicofacial durante todo el periodo de residencia (apartado 8).

Conocimientos y habilidades relativos a la patología foniatría y de la comunicación oral durante todo el periodo de residencia (apartado 9).

Dichos apartados se completan con otros relativos a la cuantificación de la actividad quirúrgica durante el periodo de residencia (apartado 10),

a otros conocimientos específicos y afines (apartado 11) a las actitudes (apartado 12), a la investigación (apartado 13) y a las rotaciones y guardias durante el periodo formativo (apartado 14).

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

5.1 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.
Diagnostico por imagen.
Malformaciones congénitas y adquiridas. Cirugía de las malformaciones.
Tapón de cerumen y epidérmico. Cuerpos extraños.
Patología inflamatoria del oído externo. Otitis externa. Otitis externa maligna.
Patología inflamatoria del oído medio. Fisiopatología de la trompa de Eustaquio. Ototubaritis. Otitis Media Aguda. OMA recurrente.
Otitis Seromucosa.
Otitis Media crónica. Aspectos generales. Otitis Media Crónica Simple.
Otitis Media Crónica Colesteatomatosa. Colesteatoma Congénito y Primario.
Complicaciones de las Otitis.
Secuelas de la Otitis Media Crónica.
Técnicas quirúrgicas en 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, petrocivales 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, neuritis vestibular, vértigo posicional paroxístico benigno. Cirugía del vértigo.
Síndromes vestibulares de origen vascular: insuficiencia vértebro-basilar, 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.

5.2 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.

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-oscicular.
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.

5.3 Actividades por año de residencia:

Primer año de residencia:

Anamnesis.
Exploración física e instrumental.
Audiometría tonal y verbal.
Impedanciometría.
Laboratorio de hueso temporal.
Extracción de tapones y cuerpos extraños.
Realización e interpretación de las pruebas neurofisiológicas.
Asistente en Cirugía de oído medio y externo.

Segundo año de residencia:

Otoemisiones acústicas.
Extracción de tapones y cuerpos extraños.
Laboratorio del hueso temporal.
Miringotomía.
Drenajes transtimpánicos.
Participación en tiempos de cirugía de oído medio.
Ayudante en cirugía de oído medio.
Rehabilitación vestibular.
Cuidados del paciente postquirúrgico.
Exploración del nervio facial.
Tercer año de residencia:
Laboratorio de hueso temporal.
Exploración mediante potenciales evocados auditivos.
Miringoplastias.
Participación en tiempo de reconstrucción tímpano-oscicular y cirugía de la otosclerosis.
Mastoidectomía.
Participación en cirugía de traumatismos, malformaciones y abordajes laterales de base de cráneo.
Participación en cirugía de dispositivos implantables.
Cuidados del paciente postquirúrgico.
Tratamientos intratimpánicos.
Exploración del nervio facial.
Cuarto año de residencia:
Laboratorio de hueso temporal.
Exploración sistema vestibular y oculomotor.
Evaluación de adaptación protésica.
Evaluación y manejo de los dispositivos implantables.
Cirugía reconstructiva del oído medio.
Participación en abordajes de base de cráneo, cirugía oncológica, cirugía de implantes y cirugía de las malformaciones.
Participación en cirugía del nervio facial.
Cuidados del paciente posquirúrgico.

5.4 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.

6. Conocimientos y habilidades relativos a la patología de la nariz, fosas nasales y senos paranasales durante el período de residencia

6.1 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: 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 fistulas 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.

6.2 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, 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.

6.3 Actividades por año de residencia:

Primer año de residencia:

Rinoscopia anterior y posterior.

Exploración microscópica.

Resolución de las urgencias de nariz y senos no quirúrgicas.

Epistaxis: taponamiento anterior y posterior.

Curas microscópicas/Endoscópicas de operados de nariz y senos.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas por imagen.

Técnicas de exploración endoscópica rígida y flexible.

Exploración funcional de las fosas nasales.

Coagulación endoscópica de la a. etmoidal anterior y esfenopalatina.

Biopsias nasales, punciones de senos.

Septoplastia como ayudante.

Curas microscópicas/Endoscópicas de operados de nariz y senos.

Curas de abordajes externos.

Tercer año de residencia:

Septoplastia como cirujano.

Rinoplastia como ayudante.

Cirugía de abordaje externo como ayudante.

Cirugía endoscópica básica, como ayudante.

Cuarto año de residencia:

Rinoplastia como cirujano.

Cirugía endoscópica básica como cirujano.

Cirugía de abordaje externo como cirujano.

Cirugía endoscópica avanzada, como ayudante.

Cirugía de base de cráneo anterior, como ayudante.

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).

6.4 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.

7. Conocimientos y habilidades relativos a la patología de la cavidad oral y la faringe durante el periodo de residencia

7.1 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 gastro-esofágico.

7.2 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.

Gustometría clásica, Electrogustometría y PEG.

Manometría faríngea y esofágica. pHmetría.

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

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

aprende simultáneamente a los de la laringe y allí queda reflejada en sus aspectos prácticos.

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

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

En segundo lugar se encuentran las técnicas de Cirugía Mayor, de las que la cirugía de los tumores de la hipofaringe se aprende conjuntamente con la de la laringe. Tanto ésta como la cirugía de los Tumores de la Orofaringe y Cavidad Oral se deben aprender a partir del segundo año y pueden resultar convenientes las rotaciones externas en función de la especialización de algunos Servicios.

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

Las técnicas quirúrgicas se agrupan así en:

C.1 Cirugía Básica de la Faringe:

Biopsia de cavum.

Biopsia de orofaringe.

Biopsia de hipofaringe (sin anestesia general).

Adenoidectomía (A. General).

Amigdalectomía por disección (A. General).

Uvulopalatofaringoplastia.

Drenaje de absceso periamigdalares.

Resección pequeños tumores benignos vía natural.

C.2 Cirugía Mayor de la Faringe:

Cirugía de tumores benignos vía externa.

Cirugía de base de cráneo anterior.

Cirugía de los tumores malignos de la amígdala y orofaringe.

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

Cirugía de los tumores malignos de la hipofaringe.

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

Colgajos por rotación y desplazamiento para la reconstrucción faríngea.

Colgajos pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción faríngea.

C.3 Procedimientos y Técnicas Especiales:

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

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

Cirugía láser de tumores faríngeos.

Adenoidectomía con dispositivos electrónicos de sección-aspiración.

Procedimientos quirúrgicos para braquiterapia de los tumores faríngeos.

7.3 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 como ayudante.

Uvulopalatoplastia.

Curas de abordajes externos cirugía tumoral.

Cirugía de urgencia de los abscesos periamigdalares.

Tercer año de residencia:

Como cirujano:

Adenoidectomía.

Amigdalectomía como cirujano.

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.

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

Colgajos por rotación y desplazamiento para la reconstrucción faríngea.

Colgajos pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción faríngea.

Cuarto año de residencia:

Como cirujano:

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

Cirugía de tumores benignos vía externa.

Cirugía de los tumores malignos de la amígdala y orofaringe.

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

Cirugía de los tumores malignos de la hipofaringe.

Colgajos por rotación y desplazamiento para la reconstrucción faríngea.

Como ayudante:

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

Colgajos pediculados cervico-torácicos para la reconstrucción faríngea.

Colgajos libres para la reconstrucción faríngea.

El residente debe alcanzar la capacitación quirúrgica con autonomía completa durante su período formativo. Para ello la supervisión será decreciente a medida que se avanza en el proceso de adquisición de competencias. No obstante, la realización de intervenciones complejas con completa autonomía requerirá un período de formación/entrenamiento adicional una vez completada la especialidad, (cirugía de los grandes tumores faríngeos, cirugía de la base del cráneo lateral).

7.4 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.

8. Conocimientos y habilidades relativos a la patología laríngea 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 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 cervico-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.

8.1 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 cervico-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 cervico-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 tiroideas y paratiroides:

Fisiología de las glándulas tiroideas 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.

8.2 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.

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 metódica. 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/extra departamental, para completar con calma una formación tan importante.

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.

8.2.1 Actividades por año de residencia en laringe:

Primer año de residencia:

Anamnesis en laringología.
Inspección y palpación laringo-cérvido-facial.
Examen por laringoscopia indirecta y endoscópico de la laringe.
Resolución de las urgencias de laringe no quirúrgicas.
Traqueotomía reglada.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas por imagen.
Exploración estroboscópica de la laringe.
Biopsias anestesia local.
Biopsia por microcirugía laríngea.
Curas de abordajes externos cirugía tumoral.
Traqueotomía/ laringotomía de extrema urgencia.

Tercer año de residencia:

Estroboscopia.
Análisis funcional de la voz.

Como cirujano:

Cirugía láser de pequeños tumores.
Resto de cirugía básica de la laringe (ver apartado anterior).

Como ayudante:

Laringectomía horizontal supraglótica.
Laringectomía total.
Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar.

Cuarto año de residencia:

Como cirujano:

Laringectomía horizontal supraglótica.
Laringectomía total.
Vaciamiento funcional y radical cervical ganglionar.
Cirugía láser.
Fistuloplastias fonatorias.

Como ayudante:

Laringectomía subtotal.
Laringectomía supracricoidea.
Faringolaringuectomías. Cirugía de los tumores malignos del seno piriforme.
Cirugía reconstructiva faringolaríngea con colgajos.

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).

8.2.2 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.

8.3 Contenido práctico. Cuello:

A) Historia Clínica.
B) Exploración:

Inspección, Palpación Cervical.
Examen por la Imagen TAC, RNM, PET, gammagrafía cervical, angiografía.
Ultrasonografía, angiodoppler y otras técnicas.

C) Cirugía:

Biopsia punción aspiración.
Adenectomía.
Traqueotomía.

Cervicotomía lateral.
Cervicotomía anterior.
Cirugía de los tumores benignos cervicales.
Cirugía de los tumores malignos cervicales.
Vaciamiento cervical ganglionar selectivo, funcional, radical y radical modificado.

Reconstrucción con colgajos locales y regionales.
Colgajos libres con microanastomosis.

8.3.1 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 período de formación/entrenamiento adicional una vez completada la especialidad, (cirugía de los grandes tumores cervicales, cirugía reconstructiva, etc).

8.3.2 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.

8.4 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 en función de la especialización de algunos Servicios.

Las técnicas quirúrgicas se agrupan así en:

Paratiroidectomía.
Hemitiroidectomía.
Tiroidectomía subtotal.
Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

8.4.1 Actividades por año de residencia en glándulas tiroides y paratiroides:

Primer año de residencia:

Anamnesis en patología de tiroides.

Exploración clínica de la glándula tiroides.
Examen por laringoscopia indirecta y endoscópico de las cuerdas vocales.

Segundo año de residencia:

Interpretación de las técnicas de diagnóstico por imagen.
Interpretación de las pruebas funcionales de la glándula tiroides.
Interpretación de las pruebas funcionales de las glándulas paratiroides.

Como ayudante:

Paratiroidectomía.
Tiroidectomía subtotal.
Hemitiroidectomía.
Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

Tercer año de residencia:

Como cirujano:

Hemitiroidectomía.
Paratiroidectomía (adenomas).

Como ayudante:

Paratiroidectomía (hiperplasias).
Tiroidectomía subtotal.
Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

Cuarto año de residencia:

Como ayudante:

Paratiroidectomía (hiperplasias).

Como cirujano:

Paratiroidectomía.
Tiroidectomía subtotal.
Tiroidectomía total con y sin vaciamiento ganglionar.

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.

8.4.2 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.

8.5 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.

8.5.1 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 sialoquímica.

Tercer año de residencia:

Como ayudante:

Exéresis de calculos ductales.

Submaxilectomía.

Exéresis extracapsular de tumor benigno.

Cuarto año de residencia:

Como ayudante:

Parotidectomía subtotal.

Parotidectomía total conservadora.

Parotidectomía total radical con y sin vaciamiento ganglionar.

Reconstrucción del nervio facial.

Como cirujano:

Exéresis de calculos ductales.

Submaxilectomía.

Exéresis extracapsular de tumor benigno.

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.

8.5.2 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.

9. *Conocimientos y habilidades relativos a la 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.

9.1 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).

Disfasia, Afasia.

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.

Audífonos e Implantes: indicaciones.

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

9.2 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 endolaríngica convencional.

Microcirugía endolaríngica con láser.

Fonocirugía en parálisis vocales: abordaje endolaríngico y externo.

Fonocirugía en disfonías funcionales.

9.3 Actividades por año de residencia:

Primer año de residencia:

Laringoscopia indirecta con espejillo y óptica rígida.

Microcirugía endolaríngica tipo Kleinsasser como ayudante.

Segundo año de residencia:

Fibrolaringoscopia.

Laringoscopia directa.

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

Microcirugía endolaríngica tipo Kleinsasser como cirujano.

Tercer año de residencia:

Laringoestroboscopia.

Análisis espectrográfico de la voz.

Microcirugía endolaríngica convencional como cirujano.

Microcirugía endolaríngica con láser como ayudante.

Cuarto año de residencia:

Fonocirugía como ayudante.

Microcirugía endolaríngica 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.

10. Actividad quirúrgica durante el periodo de residencia

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 nasosinusal: 10.
- Cirugía oncológica de laringe (incluyendo láser): 10.
- Vaciamientos cervicales: 6.

11. Otros conocimientos específicos y afines

11.1 Cirugía Cosmética en ORL.—En el momento actual están proliferando las demandas de la población sobre modificaciones estéticas de la anatomía facial. En concreto la nariz y el pabellón auricular son estructuras de enorme relevancia estética cuyas alteraciones producen problemas psicológicos a veces muy marcados. A este respecto, se considera que el especialista en otorrinolaringología es uno de los profesionales adecuados para acometer su tratamiento quirúrgico ya que conoce bien la anatomía y la función, teniendo los medios adecuados para evaluar estas modificaciones estéticas con las que puede incluso mejorar la actividad funcional del órgano afectado, especialmente en el caso de las fosas nasales.

Esta situación ha determinado que en la práctica se haya elevado considerablemente el número de otorrinolaringólogos que actúan en el citado ámbito, por lo que este programa debe facilitar una formación básica al respecto ya sea en un servicio de otorrinolaringología donde estas prácticas de cirugía cosmética sean habituales o a través de una rotación en cirugía plástica, estética y reparadora.

La Cirugía Cosmética en ORL abarca: La Cirugía Cosmética del Pabellón Auditivo: (malformaciones menores en niño y adulto, malformaciones mayores del pabellón), la Cirugía Cosmética de la Pirámide Nasal: (cirugía integral de la nariz, rinoseptoplastia de exceso. Indicaciones y técnicas, rinoseptoplastia de aumento. Indicaciones y técnicas), y la Cirugía Cosmética Facial vinculada con aspectos propios de esta especialidad.

11.2 Fundamentos de Gestión Clínica en ORL.—La práctica clínica actual ha hecho que los actuales residentes necesiten de forma indispensable conocimientos de gestión clínica. En el día a día la toma de decisiones clínicas eficaces está teniendo cada vez más en cuenta aspectos de gestión que justifican la inclusión de estos contenidos en el presente programa.

a) Concepto de Gestión Clínica:

Fundamentos de la Gestión Clínica. Definición de Gestión Clínica Niveles de decisión.

La toma de decisiones en clínica: Resultados terapéuticos (eficacia, efectividad, utilidad, beneficio). Resultados de los procedimientos diagnósticos (sensibilidad, especificidad, valor predictivo). Eficiencia en la práctica clínica.

b) Herramientas de mejora de resultados clínicos: Uso e interpretación de fuentes documentales. Técnicas de uso apropiado. Análisis de resultados clínicos. Gestión de riesgos clínicos. Análisis organizativo. Análisis económico.

c) La calidad en los centros sanitarios: Evolución histórica conceptual. La calidad como factor estratégico en las organizaciones. Relación entre calidad y eficiencia. Concepto de Calidad asistencial. Sistema de calidad en el hospital y en atención primaria. Certificación externa de los sistemas de aseguramiento de la calidad. La participación de profesionales y pacientes. Formas organizativas: comisiones, grupos de mejora, círculos de calidad. El ciclo de Deming. Métodos y técnicas para la mejora de la calidad: La Auditoría Clínica.

d) Plan de Gestión en una Unidad Clínica: Concepto de gestión estratégica y operativa. Qué es el plan de gestión de una unidad. Fases de desarrollo y metodología de elaboración de un plan de gestión: (Aná-

lisis del entorno. Diagnóstico interno. Definición del proyecto, objetivos y planes de acción. El programa de calidad de un servicio clínico y en atención primaria. Sistema de evaluación y seguimiento).

11.3 Fundamentos de Bioética en otorrinolaringología.—La implantación masiva y rápida de nuevas tecnologías, el nuevo rumbo de la medicina pública junto a la falta de los referentes clásicos, provocan día a día conflictos de índole estrictamente ética que demandan una formación específica en este campo que constituye la piedra de toque que mejor define la calidad del profesional y de las instituciones.

a) Conceptos Generales:

Derecho y la Bioética. Definiciones, ámbitos e interrelaciones. Variables culturales, éticas, morales, religiosas, ancestrales.

Consentimiento y Consentimiento informado. Capacidad y Competencia.

Beneficencia y No Maleficencia. Responsabilidad. Dignidad. Coacción.

Derechos y deberes de enfermos, médicos y responsabilidad social de las empresas médicas. Confidencialidad, secreto profesional, deber de veracidad y derecho a no saber. Deber de asistencia y abandono de persona.

Distribución de recursos. Planificación y Consenso en el marco de la comunidad.

Decisiones en la Práctica Clínica ORL. Fundamentos éticos. Papel del «consentimiento informado».

Decisiones en Gestión Clínica fundamentos éticos. MBE.

Docencia. Aspectos éticos.

Investigación clínica: Experimentación en seres vivos. Ensayos clínicos controlados: Justificación y ética. Elaboración y gestión de un protocolo de investigación. Diseño, selección de participantes y aleatorización. Análisis y presentación de los datos. Introducción al meta-análisis.

Avances Científicos bajo el prisma ético. Terapia génica en el campo de la ORL. Enfermedades tratables y tratamientos posibles. Intervenciones a escala somática. Intervenciones a escala germinal. Tratamientos génicos perfectivos.

Comités Hospitalarios de Bioética.

b) Aspectos Específicos ORL (Taller de casos prácticos):

Aspectos éticos de la relación con el paciente ORL.

Técnicas Diagnósticas en ORL.

Aspectos éticos en Cirugía funcional Otológica.

Aspectos éticos en Cirugía funcional Rinológica.

Aspectos éticos en Cirugía funcional faringo cervical.

El paciente Oncológico ORL.

Relaciones inter profesionales en ORL.

11.4 Audioprótesis Externas e Implantables.—En los últimos años vienen apareciendo en un mercado que mueve importantes intereses económicos nuevas prótesis de distintos tipos para dar respuestas a los antiguos problemas auditivos de la otorrinolaringología. Las prótesis externas se han desarrollado fuertemente en la dos últimas décadas incorporando la tecnología digital y su adaptación se ha hecho más precisa y más profesional.

El otorrinolaringólogo necesita estar bien formado en este campo para asesorar a sus pacientes en base a criterios estrictamente clínicos.

En lo referente a prótesis implantables, su número creciente, su indicación cada vez más amplia, y el hecho de ser el propio ORL centro de gravedad del proceso clínico, hace que éste necesite cada día mas, una formación específica en este campo.

En su conjunto se proponen tres grandes apartados, tratando el implante coclear separadamente por su difusión y la especificidad de sus procedimientos.

a) Conceptos Generales: Aspectos Generales Clínicos y Tecnológicos. Tipos de Prótesis Auditivas. Bases para la Rehabilitación de las Deficiencias Auditivas corregidas con Audioprótesis. Aspectos Éticos Económicos y Administrativos.

b) Prótesis Externas (Auriculares): Indicaciones de las Prótesis Auditivas Externas. La Prescripción de Audioprótesis Externas. Evaluación Audiológica Protésica. Corrección Audioprotésica.

c) Prótesis Implantables de Oído Externo Medio: 1. Prótesis de Oído externo. Indicaciones, cirugía y programación. Prótesis implantables de oído medio: tipos, indicaciones, cirugía y programación.

d) Prótesis implantables de oído interno (Implante Coclear) y Tronco Cerebral.

Estructura de un implante coclear. Tipos.

Estructura de un programa de implante coclear.

Indicación y Criterios de Selección.

Evaluación Pre quirúrgica y Audiológica.

Cirugía.

Programación.
Rehabilitación y seguimiento.
Complicaciones tempranas y tardías.
Implante Auditivo de Tronco Cerebral. Indicaciones. Aspectos específicos de cirugía, Programación y rehabilitación.

12. Actitudes

12.1 Genéricas:

Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente.
Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.
Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo.
Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás.
Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

12.2 Profesionales y científicas:

Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico.
Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina.
Percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud.
Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad.
Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información.
Conciencia de la repercusión económica de las decisiones.
Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la otorrinolaringología en particular.
Colaboración con los poderes públicos, sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales.
Asumir la práctica clínica basada en la evidencia científica.
Conciencia de la importancia de una formación científica y clínica lo más sólida posible.
Participación personal en el desarrollo de las funciones asistencial, docente y científica de la especialidad.

13. Investigación

Durante su formación el residente de Otorrinolaringología debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación.

El residente debe participar de manera activa y progresiva en las sesiones clínicas que se organicen en la unidad docente.

Debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación ya sea de tipo observacional o experimental, aprendiendo a evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud, siendo capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de sus datos, el análisis estadístico, así como su discusión y elaboración de conclusiones que debe saber presentar como comunicación o publicación.

La formación en investigación debe progresar a medida que avanza el proceso de maduración durante los años de especialización sin perjuicio de que una vez cumplido su período de residencia, pueda adquirir una formación adicional en un área concreta de investigación.

14. Rotaciones y guardias durante el periodo de residencia

14.1 Rotaciones en especialidades médicas.—Las rotaciones deben hacerse preferiblemente dentro de la institución hospitalaria, en la que se este formando el residente, adecuándose a las características específicas de los distintos centros y unidades.

Cada unidad definirá a criterio del tutor del residente, las rotaciones a realizar por las especialidades de: Radiodiagnóstico, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Cirugía Oral y Maxilofacial, Neurocirugía, Anatomía Patológica y Neurología. Su duración (entre dos y tres meses). El momento de su realización debe ser elegido por el tutor teniendo en cuenta las características de centro y las preferencias del residente.

Respecto a la rotación por Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, el tutor tendrá en cuenta lo señalado en el párrafo segundo del apartado 11.1 para determinar si es necesario que el residente realice una rotación por dicha especialidad.

Asimismo, resulta aconsejable la realización de una rotación externa de dos/tres meses de duración en el ámbito de la Unión Europea o en otras unidades docentes del país particularmente dirigidas a campos de alta tecnificación no disponibles en el servicio de origen (implantes coclea-

res, cirugía de la base del cráneo, cirugía reconstructiva con colgajos microvasculares, etc.).

14.2 Rotación para la formación en protección radiológica.—Los residentes deberán adquirir de conformidad con lo establecido en la legislación vigente conocimientos básicos en protección radiológica ajustados a lo previsto en la Guía Europea «Protección Radiológica 116», en las siguientes materias.

- Estructura atómica, producción e interacción de la radiación.
- Estructura nuclear y radiactividad.
- Magnitudes y unidades radiológicas.
- Características físicas de los equipos de Rayos X o fuentes radiactivas.
- Fundamentos de la 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.

La enseñanza de los epígrafes anteriores se enfocará teniendo en cuenta los riesgos reales de la exposición a las radiaciones ionizantes y sus efectos biológicos y clínicos.

Duración de la rotación: Los contenidos formativos de las anteriores letras a), b), c), d), e), f), g), h) e i), se impartirán durante el primer año de especialización. Su duración será, entre seis y diez horas, fraccionables en módulos, que se impartirán según el plan formativo que se determine.

Los contenidos formativos de las letras j), k) y l): se impartirán progresivamente en cada uno de los sucesivos años de formación y su duración será entre una y dos horas destacando los aspectos prácticos.

Lugar de realización: Los contenidos formativos de las letras a), b), c), d), e), f) g), h), i), se impartirán por lo integrantes de un Servicio de Radiofísica Hospitalaria/ Protección Radiológica/ Física Médica. Los contenidos formativos de las letras j), k) y l): se impartirán en una Institución Sanitaria con Servicio de Radiofísica Hospitalaria/Protección Radiológica/Física Médica, en coordinación con las unidades asistenciales de dicha institución específicamente relacionadas con las radiaciones ionizantes.

Efectos de la formación: La formación en Protección Radiológica en el periodo de Residencia antes referida, se adecua a lo requerido en la legislación aplicable durante la formación de especialistas en ciencias de la salud, sin que en ningún caso, dicha formación implique la adquisición del segundo nivel adicional en Protección Radiológica, al que se refiere el artículo 6.2 del Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico, para procedimientos intervencionistas guiados por fluoroscopia.

Organización de la formación: Cuando así lo aconseje el número de residentes, especialidades y Servicios de Radiofísica/Protección Radiológica/Física Médica implicados, los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada de las diversas comunidades autónomas podrán adoptar, en conexión con las Comisiones de Docencia afectadas, las medidas necesarias para coordinar su realización con vistas al aprovechamiento racional de los recursos formativos.

14.3 Rotación por atención primaria.—De conformidad con lo previsto en la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 15 de junio de 2006, el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología, es uno de los afectados por dicha rotación que deberá articularse progresivamente, en los términos previstos en la misma.

A estos efectos, las unidades docentes acreditadas recabarán dicha Resolución de las gerencias/comisiones de docencia de sus respectivos centros o del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (paseo del Prado, 18-20, Madrid, teléfono 91 596 17 81).

14.4 Guardias.—La comisión de docencia y los órganos de dirección del centro deberán garantizar la adecuada supervisión de las guardias de presencia física por personal de plantilla. En aquellos hospitales en los que las urgencias de Otorrinolaringología no sean atendidas en el primer nivel, los residentes de primer y segundo año podrán realizar guardias de urgencias generales.

Las guardias tienen carácter formativo y se recomienda la realización de entre cuatro y seis mensuales.

ANEXO 2:

Real decreto 183/2008, de 8 de febrero , por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

3176 *REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, ha incorporado, fundamentalmente a través del capítulo III de su título II, importantes modificaciones en el panorama de la formación especializada en ciencias de la salud que necesariamente han conducido a un replanteamiento global y progresivo de las disposiciones que hasta su aprobación han venido regulando la materia.

Por lo que se refiere al ámbito de la formación especializada, el primer paso en este proceso de reforma lo ha constituido la aprobación, en cumplimiento de las previsiones contenidas en el artículo 20.f) en relación con la disposición adicional primera de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, que por primera vez, y de una forma sistemática y pormenorizada, regula los aspectos laborales de la necesaria relación que une a los especialistas en formación con los centros en los que se están formando durante el tiempo que dura la impartición del correspondiente programa formativo.

Este real decreto constituye un paso más en el citado proceso, con un doble objetivo, por un lado, avanzar en la implantación del modelo general de formación sanitaria especializada diseñado por la mencionada ley y, por otro, potenciar las estructuras docentes, incidiendo en aquellos aspectos básicos que, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente-asistencial, inciden en el proceso de aprendizaje de los especialistas en formación, en la medida en que dicho proceso conduce a la obtención de un título de especialista que, de acuerdo con el artículo 16.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado.

A este respecto, este real decreto, al desarrollar la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, regula aspectos básicos y fundamentales en el sistema de formación sanitaria especializada como los referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia o a los aspectos pormenorizados de los procedimientos de evaluación que se insertan en el marco de las previsiones contenidas en la disposición adicional quinta del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, cuya finalidad es la de garantizar los derechos de los residentes en las evaluaciones negativas, así como posibilitar un tratamiento común y coordinado con el Registro Nacional de Especialistas en Formación que garantice el principio de igualdad en el acceso al título de especialista, cualquiera que sea la unidad docente, de las múltiples acreditadas para la formación, en la que siguen sus programas formativos el elevado número de residentes con los que cuenta el sistema.

El desarrollo de las especialidades sanitarias se ha producido alrededor de una norma tan nuclear como el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, que, sin duda, ha sido un elemento clave en el prestigioso desarrollo de nuestro sistema sanitario. En torno a dicho real decreto fueron aprobándose, durante sus 23 años de vigencia, disposiciones de diferente rango que, de una forma dispersa, han desarrollado el sistema a medida que lo ha demandado su progresivo grado de madurez y las necesidades de la sociedad española. Así ha ocurrido, a título de ejemplo, con los distintos reales decretos que han creado nuevos títulos de especialista por el sistema de residencia, como el de Radiofísica Hospitalaria, el de Psicología Clí-

nica o los relativos a las especialidades sanitarias para químicos, biólogos y bioquímicos, disposiciones todas ellas que, junto a las relativas a las especializaciones de Farmacia reguladas por el Real Decreto 2708/1982, de 15 de octubre, y a las especialidades de Enfermería, recientemente reguladas por el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, han sentado las bases para un crecimiento abierto del sistema, que, sin embargo, al pivotar fundamentalmente en torno a las previsiones del citado Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, no ha alterado determinados planteamientos de este cuya modificación debe ser abordada, una vez consolidado el sistema de residencia, por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

En efecto, la mencionada ley plantea nuevos retos al sistema formativo de las especialidades en Ciencias de la Salud a fin de conseguir su modernización y una mejor adaptación del mismo a la definitiva consolidación del Estado de las autonomías, cuyos servicios de salud, que son agentes imprescindibles de dicho sistema, demandan una formación especializada más flexible y permeable que favorezca, al mismo tiempo, una visión multiprofesional y multidisciplinar de conjunto, más acorde con la realidad de nuestros días, sin perder por ello los grandes logros conseguidos que han hecho que la formación de especialistas haya sido una de las claves del reconocido prestigio y alto nivel profesional y científico que actualmente tiene nuestro Sistema Nacional de Salud.

A tales finalidades obedecen las previsiones de este real decreto que, respetando las competencias de las comunidades autónomas, de acuerdo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, y adecuándose a la normativa comunitaria sobre formación sanitaria especializada, realiza un importante esfuerzo de sistematización, incorporando conceptos unitarios en todo el sistema que se ponen de manifiesto en la relación global de todas las especialidades en Ciencias de la Salud, clasificadas según la titulación requerida para su acceso, en la configuración abierta y flexible de las unidades docentes donde se imparte la formación, en la regulación de aspectos básicos de los distintos órganos colegiados y unipersonales que intervienen en el proceso formativo; abordando asimismo una regulación común para todo el sistema de las evaluaciones del residente mediante instrumentos que permitan constatar el cumplimiento de los objetivos cuantitativos y cualitativos y las competencias profesionales que debe adquirir el aspirante al título de especialista según las previsiones del correspondiente programa formativo, e introduciendo en dicho proceso la posibilidad de revisión de las evaluaciones a través de un procedimiento que, incardinado en el contexto general de la evaluación, se ajusta a lo dispuesto en la disposición adicional quinta del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, antes citado.

Por otra parte, es un objetivo fundamental de este real decreto garantizar un alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada, para lo que se prevé la aprobación de planes específicos en el seno de cada comisión de docencia y el sometimiento de toda la estructura docente que interviene en la formación de especialistas a medidas de control y evaluación incardinadas en los planes de gestión de calidad que, coordinados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, se lleven a cabo con la colaboración de las distintas administraciones autonómicas.

Este real decreto constituye, por tanto, un marco general que permitirá seguir avanzando en el proceso de adaptación del sistema a las previsiones de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, que en un futuro próximo se completará con otras normas de desarrollo de la misma sobre cuestiones igualmente importantes en la configuración del sistema, como son, entre otras, la modificación de las pruebas de acceso, la incorporación progresiva de criterios de troncalidad en la formación de especialidades médicas, la regulación de las áreas de capacitación espe-

cífica; asuntos estos que requieren un mayor grado de definición, análisis y diálogo con todos los agentes implicados en la formación de especialistas.

Las características de esta norma permiten, asimismo, que sea el instrumento apropiado para abordar cuestiones que afectan a la configuración del sistema formativo de residencia. Así sucede, conforme a lo previsto en la Disposición transitoria cuarta de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, con la declaración de «a extinguir» de algunos títulos de especialista en régimen de alumnado debido a su falta de desarrollo efectivo.

Finalmente, la profunda transformación, actualización y mejora del sistema de formación sanitaria especializada que lleva a cabo este real decreto se potenciará con el importante núcleo de disposiciones que se dicten destinadas a la adaptación de las enseñanzas universitarias a las exigencias derivadas del Espacio Europeo de Enseñanza Superior.

Este real decreto ha sido debatido e informado favorablemente por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en la que están representadas además las consejerías de sanidad/salud de las distintas comunidades autónomas y los Ministerios de Defensa, Economía y Hacienda, Educación y Ciencia, Administraciones Públicas, Trabajo y Asuntos Sociales, y Sanidad y Consumo.

Este real decreto se ha sometido a informe tanto de las organizaciones colegiales de médicos, de farmacéuticos, de psicólogos, de odontólogos y estomatólogos, de enfermeros, de químicos, de biólogos y de físicos, como de los órganos asesores de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia en materia de formación sanitaria especializada, así como del Consejo de Seguridad Nuclear.

Asimismo, la modificación del artículo 5.1.b) del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, relativo a los descansos entre jornadas de los residentes, a través de la disposición final primera de este real decreto, ha determinado que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sea coproponente de esta norma, al mismo tiempo que ha propiciado la participación del Foro Marco para el Diálogo Social al que se refiere el artículo 35.3.a) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, dando trámite de audiencia a las organizaciones sindicales representadas en el mismo.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Sanidad y Consumo, de Educación y Ciencia y de Trabajo y Asuntos Sociales, con la aprobación previa de la Ministra de Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 8 de febrero de 2008.

DISPONGO:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

Este real decreto tiene por objeto determinar y clasificar las especialidades en Ciencias de la Salud cuyos programas formativos conducen a la obtención del correspondiente título oficial de especialista por los distintos profesionales que pueden acceder a los mismos, regular las características específicas de dichos títulos, las unidades docentes, los órganos colegiados y unipersonales que intervienen en la supervisión y organización de los períodos formativos por el sistema de residencia, los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación y la evaluación y control de calidad de los distintos elementos que configuran las estructuras docentes donde

se imparten dichos programas, desarrollando las previsiones que a este respecto se contienen en el capítulo III del título II de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El sistema formativo de residencia al que se refiere el artículo 20 de la citada ley, obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

Artículo 2. Especialidades en ciencias de la salud.

Son especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia las que figuran relacionadas en el anexo I, clasificadas, según la titulación requerida para acceder a ellas, en especialidades médicas, farmacéuticas, de psicología, de enfermería y multidisciplinarias.

De conformidad con lo previsto en el artículo 16 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, corresponde al Gobierno la creación de nuevos títulos de especialista o la modificación y supresión de los que se relacionan en el anexo I, según lo requieran las necesidades del sistema sanitario, la evolución de los conocimientos científicos en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud y su adaptación a las directrices derivadas de la normativa comunitaria sobre la materia.

Artículo 3. Obtención, expedición y características propias de los títulos de especialista en Ciencias de la Salud.

1. Los títulos de especialista en Ciencias de la Salud además de las características previstas para ellos en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, y de las que corresponden a dichos títulos como consecuencia de su carácter oficial, se expedirán una vez dictada orden de concesión de los mismos por el Ministerio de Educación y Ciencia. En dicha orden se hará constar:

- El título universitario a través del que se ha accedido a plaza de especialista en formación.
- La unidad y en su caso centro docente donde se ha cursado la formación.
- La convocatoria de prueba selectiva para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada en la que se obtuvo plaza en formación.
- La fecha de concesión del título, que será la misma para todos los residentes de la misma promoción y especialidad, salvo los supuestos de repetición de curso, revisión de las evaluaciones, u otras causas de prórroga o suspensión del período formativo previstas en este real decreto y en la legislación que regula la relación laboral especial de residencia.

Emitida la orden de concesión, y previo abono de las correspondientes tasas, los interesados podrán solicitar la expedición material del título, en cuya denominación se hará constar el título universitario a través del que se ha accedido a la especialidad de que se trate y la duración en años del período de residencia.

La fecha de expedición del título será la de abono de las tasas. El interesado podrá solicitar, desde el momento en el que abone los correspondientes derechos, la expedición de una certificación supletoria provisional que sustituirá al título oficial, en tanto no se

produzca su expedición material, y tendrá idéntico valor a efectos del ejercicio de los derechos inherentes al título.

2. De conformidad con lo previsto en la disposición adicional segunda de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, y en el párrafo final de la disposición adicional decimosexta de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, tanto la utilización del título de especialista como su denominación, en los términos que se contienen en el anexo I de este real decreto, serán de utilización exclusiva por los profesionales que los ostenten. En consecuencia, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional décima.1 del real decreto 1393/2007, de 29 de octubre, los títulos universitarios a los que se refiere dicho real decreto no podrán inducir a confusión ni coincidir en su denominación y contenidos con los de los especialistas en Ciencias de la Salud regulados en el capítulo III de la Ley 44/2003. Los citados títulos universitarios tampoco podrán tener los mismos efectos profesionales que el artículo 16.3 Ley 44/2003 atribuye a los títulos de especialistas en Ciencias de la Salud.

3. La evaluación final positiva del periodo de residencia dará derecho a la obtención del título de especialista, por lo que una vez notificada al Registro de Especialistas en Formación al que se refiere el artículo 32.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, se iniciarán los trámites para la expedición por el Ministerio de Educación y Ciencia de la orden de concesión de dicho título.

Asimismo, la mencionada notificación posibilitará que el Registro de Especialistas en Formación expida a los interesados que hayan sido evaluados positivamente una certificación acreditativa del cumplimiento del periodo formativo por el sistema de residencia, de las fechas de inicio y finalización de dicho periodo, y del centro o unidad donde se ha realizado.

CAPITULO II

De las unidades docentes

Artículo 4. *Concepto.*

La unidad docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 5, apartados 2 y 3, el programa formativo se seguirá en la misma unidad docente acreditada en la que el residente haya obtenido plaza en formación.

Artículo 5. *Acreditación de unidades docentes.*

1. Las unidades docentes se acreditarán por el Ministerio de Sanidad y Consumo según el procedimiento regulado en el artículo 26.3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, con sujeción a los requisitos básicos de acreditación que, con carácter general, deben reunir los centros donde se ubiquen unidades docentes acreditadas, y a los requisitos específicos de acreditación aprobados con carácter general por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia para cada una de la/s especialidad/es que se formen en las mismas.

La des acreditación o revocación, total o parcial, de la acreditación concedida se realizará, en su caso, por el mismo procedimiento, oído el centro afectado y su comisión de docencia.

2. Cuando así lo aconsejen las condiciones específicas de una unidad, se adoptarán, con sujeción al mismo procedimiento que se cita en el apartado anterior, medidas provisionales, como la suspensión de la acreditación u otras medidas cautelares, hasta tanto se subsanen las deficiencias detectadas en la unidad docente de que se trate. En estos supuestos podrá procederse, según las circunstancias de cada caso, a la redistribución total o parcial de los residentes afectados en otras unidades docentes acreditadas de la misma o, excepcionalmente, de otra comunidad autónoma.

3. En los supuestos de des acreditación definitiva se procederá a la redistribución de los residentes afectados en otras unidades docentes acreditadas de la misma o, excepcionalmente, de otra comunidad autónoma.

4. En las resoluciones de acreditación de la unidad docente se hará constar el número de plazas acreditadas, la entidad titular, la gerencia u órgano de dirección coordinador de la infraestructura docente de que se trate y la sede de la comisión de docencia a la que se adscribe dicha unidad.

Artículo 6. *Solicitud de acreditación de unidades docentes.*

De conformidad con lo previsto en el artículo 26.3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, la solicitud de acreditación de unidades docentes se realizará por la entidad titular del centro donde se ubiquen.

En todo caso, corresponde a las comunidades autónomas, cualquiera que sea la titularidad, pública o privada, del centro que haya adoptado la mencionada iniciativa, informar y trasladar las solicitudes de acreditación al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 7. *Unidades docentes multiprofesionales.*

1. En las especialidades multidisciplinares que se citan en el apartado 5 del anexo I existirá una unidad docente por cada especialidad en la que se formarán todos los titulados que pueden acceder a plazas en formación de la especialidad de que se trate.

2. Se formarán en la misma unidad docente las especialidades no incluidas en el apartado anterior que, aun requiriendo para su acceso distinta titulación universitaria, incidan en campos asistenciales afines. Dicho criterio se aplicará a las unidades docentes de carácter multiprofesional que se citan en el anexo II de este real decreto.

Estas unidades docentes cumplirán los requisitos de acreditación comunes y los específicos de las especialidades que se formen en las mismas. Cada especialidad tendrá sus propios tutores que planificarán la ejecución del correspondiente programa formativo.

Las comunidades autónomas adscribirán las unidades docentes de carácter multiprofesional a las comisiones de docencia de centro o de unidad, en función de sus características, del número de residentes que se formen en ellas y del ámbito asistencial donde se realice mayoritariamente la formación.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, oído el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, fijará los términos en los que se actualizará o modificará la relación que se contiene en el anexo II de este real decreto.

3. La incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialidades en Ciencias de la Salud podrá determinar la creación de unidades docentes de carácter troncal y, en su caso, la ampliación de las especialidades que se formen en las unidades docentes que se citan en los dos apartados anteriores.

CAPITULO III

Órganos docentes de carácter colegiado: comisiones de docenciaArtículo 8. *Concepto.*

Las comisiones de docencia son los órganos colegiados a los que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Asimismo, corresponde a las comisiones de docencia facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección de este.

Los órganos de dirección de los distintos centros, los responsables de los dispositivos en los que se imparta la formación y las comisiones de docencia estarán obligados a informarse mutuamente sobre las actividades laborales y formativas de los residentes, a fin de decidir conjuntamente su adecuada integración con la actividad asistencial del centro o dispositivo de que se trate.

Artículo 9. *Ámbito de actuación.*

Las comisiones de docencia extenderán su ámbito de actuación a un centro o unidad docente.

Se entenderá por centro sanitario docente, el hospital, agrupación de hospitales, centros de salud, agrupación funcional de unidades docentes, agrupaciones territoriales docentes de recursos sanitarios u otras entidades, creadas a iniciativa de las comunidades autónomas, para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Se constituirán subcomisiones específicas de la comisión de docencia cuando así lo aconsejen las condiciones particulares, las características formativas, la distinta titulación o la diversa naturaleza o dispersión geográfica de los dispositivos que se consideren necesarios para la formación de residentes.

Con carácter general, las comunidades autónomas constituirán comisiones de docencia de centro que agrupen las unidades docentes de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud que se formen en su ámbito, sin perjuicio de aquellos supuestos en los que resulte aconsejable la creación de una comisión de docencia de unidad por la especial naturaleza de la misma.

Artículo 10. *Composición, funciones y presidencia de las comisiones de docencia.*

1. En las comisiones de docencia existirá, en todo caso, representación de los tutores de la formación y de los residentes.

De conformidad con lo previsto en el artículo 27.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, corresponde a las comunidades autónomas, dentro de los criterios generales que fije la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, determinar la dependencia funcional, composición y funciones de las comisiones de docencia.

Dichos criterios generales serán de aplicación en todo el sistema sanitario implicado en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, y se publicarán en el «Boletín Oficial del Estado».

2. La presidencia de las comisiones de docencia la ostentará el jefe de estudios de formación especializada al que corresponderá la dirección de las actividades de pla-

nificación, organización, gestión y supervisión de la docencia especializada, por lo que las comunidades autónomas garantizarán su adecuada capacitación regulando el procedimiento para su designación y desempeño, en el marco de lo previsto en el artículo 10 de la Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, y con sujeción a los criterios comunes que fije la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO IV

Órganos docentes de carácter unipersonalArtículo 11. *El tutor. Concepto, funciones y nombramiento.*

1. El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.

El perfil profesional del tutor se adecuará al perfil profesional diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad.

El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con este un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo.

Asimismo, el tutor, con la finalidad de seguir dicho proceso de aprendizaje, mantendrá entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.

2. Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

Los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente.

3. El tutor, que, salvo causa justificada o situaciones específicas derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialistas, será el mismo durante todo el período formativo, tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes.

4. Las comunidades autónomas adoptarán las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, ya sea dentro o fuera de la jornada ordinaria.

5. El nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma, con sujeción a los criterios generales que en su caso apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, entre profesionales previamente acreditados que presten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que ostenten el título de especialista que proceda.

Artículo 12. *Evaluación, incentivación y mejora de competencias del tutor.*

1. De acuerdo con lo previsto en el artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas.

2. Las comunidades autónomas, con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, regularán procedimientos de evaluación para su acreditación y reacreditación periódica con sujeción a lo previsto en el artículo 10.1 y 3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

A estos efectos, se tendrán en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado.

3. De conformidad con lo previsto en el artículo 10.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las comunidades autónomas regularán sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial en sus respectivos servicios de salud.

En los mencionados procedimientos se reconocerán las funciones de tutoría llevadas a cabo en las unidades y centros acreditados para la formación de especialistas en el ámbito de todo el sistema sanitario.

4. Las Administraciones sanitarias, a fin de facilitar la mejora de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes, favorecerán que los tutores realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo.

Artículo 13. *Otras figuras docentes.*

Las comunidades autónomas, según sus características y criterios organizativos propios, podrán crear otras figuras docentes con la finalidad de amparar colaboraciones significativas en la formación especializada, objetivos de investigación, desarrollo de módulos genéricos o específicos de los programas o cualesquiera otras actividades docentes de interés.

CAPÍTULO V

Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente

Artículo 14. *El deber general de supervisión.*

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

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales

estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

Artículo 15. *La responsabilidad progresiva del residente.*

1. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

2. En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

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

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

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año.

4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

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

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

CAPÍTULO VI

Evaluación

Artículo 16. *Tipos de evaluación.*

El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativa, anual y final.

Artículo 17. *La evaluación formativa.*

1. La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia, ya que efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permitiendo evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.

2. Son, entre otros, instrumentos de la evaluación formativa:

a) Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente y en los informes que se citan en el apartado 3 de este artículo.

b) Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.

c) El libro del residente como soporte operativo de la evaluación formativa del residente.

3. Informes de evaluación formativa.

El tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará informes normalizados basados en los instrumentos anteriormente mencionados que se ajustarán a las directrices a las que se refiere el artículo 28 de este real decreto. Los mencionados informes se incorporarán al expediente personal de cada especialista en formación.

Artículo 18. *El libro del residente. Concepto, características y diseño.*

1. El libro del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su periodo formativo.

2. Son características del libro del residente:

a) Su carácter obligatorio.

b) Ser el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.

c) Registrar las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas, según lo previsto en el artículo 21 de este real decreto.

d) Ser un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.

e) Ser un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.

3. El libro es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor. Los datos que contenga estarán sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional.

4. La comisión nacional de la correspondiente especialidad diseñará la estructura básica del libro del residente, que será aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, correspondiendo a la comisión de docencia garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de formación) a la guía o itinerario formativo aprobado por ella a propuesta de los tutores de cada especialidad.

Artículo 19. *Comités de evaluación. Composición.*

1. Se constituirá un comité de evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el centro o unidad docente. Los comités tendrán el carácter de órgano colegiado y su función será realizar la evaluación anual y final de los especialistas en formación.

2. Los comités de evaluación estarán integrados, al menos:

a) Por el jefe de estudios de formación especializada, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.

b) Por el presidente de la subcomisión que en su caso corresponda.

c) Por el tutor del residente.

d) Por un profesional que preste servicios en el centro o unidad de que se trate, con el título de especialista que en cada caso corresponda, designado por la comisión de docencia.

e) Por uno de los vocales de la comisión de docencia designado por la comunidad autónoma.

Las evaluaciones anuales y finales se harán constar en las correspondientes actas del comité de evaluación.

Artículo 20. *La evaluación anual.*

1. La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo, en los siguientes términos:

a) Positiva: cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

b) Negativa: cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

Las evaluaciones anuales negativas podrán ser recuperables, en los supuestos previstos en el artículo 22.1 y 2 de este real decreto, y no recuperables, en los supuestos previstos en el apartado 3 de dicho artículo.

2. El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias

profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. Este informe debe contener:

- a) Informes de evaluación formativa, incluyendo los informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones objetivas que se hayan podido realizar durante el año de que se trate y la participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con el correspondiente programa.
- b) Informes de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo siempre que reúnan los requisitos previstos al efecto.
- c) Informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad en la que se esté formando el residente.

3. La evaluación anual se llevara a cabo por el correspondiente comité de evaluación en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el correspondiente año formativo, y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación en los términos previstos en el artículo 23 de este real decreto.

Artículo 21. *Rotaciones externas, su autorización y evaluación.*

1. Se consideran rotaciones externas los períodos formativos, autorizados por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma, que se lleven a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente.

2. La autorización de rotaciones externas requerirá el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Ser propuestas por el tutor a la comisión de docencia con especificación de los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias del mismo.

b) Que se realicen preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

c) En las especialidades cuya duración sea de cuatro o más años no podrá superar los cuatro meses continuados dentro de cada periodo de evaluación anual, ni 12 meses en el conjunto del periodo formativo de la especialidad de que se trate.

En las especialidades cuya duración sea de uno, dos o tres años, el periodo de rotación no podrá superar los dos, cuatro o siete meses respectivamente, en el conjunto del periodo formativo de la especialidad de que se trate.

d) Que la gerencia del centro de origen se comprometa expresamente a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación externa.

e) Que la comisión de docencia de destino manifieste expresamente su conformidad, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las posibilidades docentes del dispositivo donde se realice la rotación.

3. El centro donde se haya realizado la rotación externa emitirá el correspondiente informe de evaluación siguiendo los mismos parámetros que en las rotaciones internas previstas en el programa formativo, siendo responsabilidad del residente el traslado de dicho informe a la secretaría de la comisión de docencia de origen para su evaluación en tiempo y forma.

Las rotaciones externas autorizadas y evaluadas conforme a lo previsto en este artículo, además de tenerse en cuenta en la evaluación formativa y anual, se inscribirán

en el libro del residente y darán derecho a la percepción de gastos de viaje de acuerdo con las normas que resulten de aplicación a las entidades titulares de la correspondiente unidad docente.

Artículo 22. *Supuestos de evaluaciones anuales negativas.*

Las evaluaciones anuales negativas se producirán en los siguientes supuestos:

1. Evaluación negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, debido a insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación.

En estos supuestos el comité de evaluación establecerá una recuperación específica programada que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este, quedando supeditado el seguimiento del programa, y la prórroga anual del correspondiente contrato por los restantes nueve meses, a la evaluación positiva del mencionado periodo de recuperación.

En las especialidades de enfermería el mencionado periodo de recuperación será de un mes en las especialidades cuya duración sea de un año y de dos meses en aquellas cuyo programa formativo sea de duración superior.

En las evaluaciones anuales negativas de último año el periodo de recuperación implicará la prórroga del contrato por el tiempo que dure el periodo de recuperación.

La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación en los términos previstos en el artículo 24 y su resultado fuera positivo.

2. Evaluación anual negativa debida a la imposibilidad de prestación de servicios por un periodo superior al 25 por ciento de la jornada anual, como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales.

En estos supuestos el comité de evaluación establecerá la prórroga del periodo formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa de año, cuando así lo aconseje la duración de la suspensión o las circunstancias del caso.

Una vez completado el periodo de recuperación que corresponda se procederá a su evaluación.

La repetición completa del año requerirá el informe previo de la correspondiente comisión de docencia y será resuelta por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La prórroga del periodo formativo o la repetición del año conllevarán la prórroga del contrato por el periodo que en cada caso corresponda.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación en los términos previstos en el artículo 24 de este real decreto y su resultado fuera positivo.

3. Evaluación anual negativa debida a reiteradas faltas de asistencia no justificadas, a notoria falta de aprovechamiento o a insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación.

En estos supuestos el comité de evaluación propondrá la extinción del contrato que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación en los términos previstos en el artículo 24 y su resultado fuera positivo.

Artículo 23. *Publicación de las evaluaciones anuales y sus efectos.*

1. Todas las comisiones de docencia dispondrán de un tablón de anuncios en el que se insertarán los avisos y resoluciones de las mismas. El mencionado tablón será el

medio oficial de notificación de las resoluciones relativas a las evaluaciones, por lo que la fecha de inserción en el mencionado tablón implicará el inicio del cómputo de los plazos que en cada caso correspondan.

La inserción en el tablón de anuncios requerirá la inclusión en la resolución de que se trate de una diligencia específica del presidente de la comisión de docencia para hacer constar la fecha exacta de su publicación.

Las comisiones de docencia informarán a los residentes sobre la ubicación del tablón de anuncios y de sus posibles cambios.

Lo anteriormente expuesto se entiende sin perjuicio de la utilización de otros medios añadidos, incluidos los telemáticos, que faciliten la divulgación de los citados anuncios.

2. Efectuadas las evaluaciones anuales, los comités de evaluación trasladarán sus resultados a la comisión de docencia, que insertará en el tablón oficial de anuncios una reseña, firmada por su presidente, para que en el plazo de 10 días puedan consultarse, en la secretaría de la comisión y en el horario que se especifique en dicha resolución, las calificaciones obtenidas en las evaluaciones anuales, tanto positivas como negativas, especificando en este último caso si son recuperables o no recuperables.

A partir de la fecha de inserción en el citado tablón de anuncios se iniciará también el cómputo del plazo de 10 días para solicitar, ante la comisión de docencia, la revisión de las evaluaciones negativas, no recuperables, en los términos previstos en el artículo 24 de este real decreto.

Sin perjuicio de lo previsto en el apartado 3, la comisión de docencia, en el plazo de 15 días desde la publicación de la mencionada reseña, remitirá al Registro Nacional de Especialistas en Formación la relación de evaluaciones anuales positivas y negativas, especificando, en este último caso, si son recuperables o no recuperables.

3. Transcurrido el plazo de diez días desde que se publique la reseña que se cita en el apartado anterior, el presidente de la comisión de docencia convocará a los respectivos comités de evaluación, trasladándoles las evaluaciones positivas de último año y las negativas de último año no recuperables por no haberse formulado solicitud de revisión, para que con carácter inmediato procedan a llevar a cabo las evaluaciones finales.

4. Cuando las evaluaciones anuales negativas sean recuperables y el periodo de recuperación o repetición de curso sea evaluado negativamente, el plazo de 10 días para solicitar su revisión ante la comisión de docencia se computará a partir de la fecha en la que, concluido el período de recuperación, se notifique al residente dicha evaluación negativa.

Artículo 24. *Procedimiento para la revisión de las evaluaciones anuales negativas no recuperables.*

1. Dentro de los diez días siguientes a la publicación o, en su caso, notificación de las evaluaciones anuales negativas no recuperables, en los términos previstos en el artículo anterior, el residente podrá solicitar por escrito su revisión ante la correspondiente comisión de docencia, que, previa citación del interesado, se reunirá dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud.

Al acto de revisión el residente podrá acudir acompañado por su tutor.

2. Los miembros de la comisión de docencia, a la vista del expediente del interesado y de las actas del correspondiente comité de evaluación, formularán las preguntas que consideren oportunas y decidirán, por mayoría absoluta de sus miembros, la calificación definitiva del año formativo de que se trate.

3. Cuando en la comisión de docencia a la que corresponda realizar la revisión no esté representada la especialidad a evaluar, dicha comisión solicitará de la comunidad autónoma la designación de un especialista, preferentemente tutor, que no haya intervenido directamente en la evaluación del residente. El mencionado especialista actuará como vocal de la comisión de docencia, con voz y voto, a los solos efectos del procedimiento de revisión.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 28 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, se considerará que concurre causa de abstención cuando el vocal de la comisión de docencia haya intervenido en el comité que ha llevado a cabo la evaluación negativa del solicitante. En estos supuestos, dicho vocal se sustituirá, cuando sea necesario, por otro designado por la comunidad autónoma que actuará como vocal de la comisión de docencia, con voz y voto, a los solos efectos del procedimiento de revisión.

4. En los procedimientos de revisión, la presidencia de la comisión de docencia se asumirá por el vicepresidente si lo hubiere o, en su caso, por el vocal que corresponda en aplicación de lo previsto en el artículo 23.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

5. Los acuerdos de la comisión de docencia resolviendo la revisión de las evaluaciones anuales, excepto las del último año de formación, tendrán carácter definitivo, por lo que si fueran negativas serán motivadas.

La comisión de docencia notificara la evaluación negativa al residente y al gerente de la institución, el cual notificara al interesado la extinción de su relación laboral con el centro como consecuencia de dicha evaluación negativa.

6. Si el acuerdo de revisión de la evaluación fuera positivo, se procederá a su publicación en el tablón de anuncios en el plazo de cinco días, contados desde la fecha de la revisión.

7. Los acuerdos de la comisión de docencia resolviendo la revisión de las evaluaciones anuales de último año se trasladarán, cualquiera que sea su signo, al correspondiente comité de evaluación con carácter inmediato para que dicho comité lleve a cabo la evaluación final en los términos previstos en el artículo 25 de este real decreto.

8. La comisión de docencia notificará al Registro Nacional de Especialistas en Formación el resultado de los acuerdos de revisión de las evaluaciones anuales en el plazo de 10 días desde su notificación o, en su caso, publicación.

Artículo 25. *La evaluación final del periodo de residencia.*

La evaluación final tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista.

La evaluación final se someterá al siguiente procedimiento:

1. Se realizará a los residentes tras la evaluación del último año de residencia y se llevará a cabo por el comité de evaluación de la especialidad que en cada caso corresponda, en el plazo de diez días desde la fecha en que la comisión de docencia convoque a dichos comités, trasladándoles las evaluaciones de último año, en los términos previstos en artículo 23.3 de este real decreto.

Cuando las evaluaciones finales procedan de procesos de revisión de evaluaciones anuales negativas de último año, se llevarán a cabo por el comité de evaluación en el plazo de cinco días desde que la comisión de docencia comunique al correspondiente comité de evaluación

el resultado de la revisión, en los términos establecidos en el artículo 24.6.

2. El comité de evaluación, a la vista del expediente completo de todo el periodo de residencia, levantará acta otorgando a cada residente una de las siguientes calificaciones:

- a) Positiva.
- b) Positiva destacado.
- c) Negativa.

No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del periodo de residencia.

Cuando la evaluación final sea positiva o positiva destacado, el residente podrá solicitar su revisión ante la comisión nacional de la especialidad de que se trate, para optar a la calificación de destacado con mención o de destacado con mención especial de dicha comisión, mediante la realización de la prueba que se cita en el apartado 2 del artículo siguiente.

Cuando la evaluación final sea negativa, el residente podrá solicitar su revisión ante la comisión nacional de la especialidad para realizar la prueba ordinaria y, en su caso, extraordinaria, a las que se refiere el apartado 1 del artículo siguiente.

3. Los comités de evaluación trasladarán las evaluaciones finales a la comisión de docencia que publicará en su tablón de anuncios una reseña, firmada por el presidente, para que en el plazo de diez días puedan consultarse en la secretaría de la comisión, en el horario que se indique, las calificaciones obtenidas en las evaluaciones finales.

En dicha reseña se informará a los interesados que a partir de su publicación se iniciará también el cómputo del plazo de diez días para solicitar la revisión de las evaluaciones finales, positivas y negativas, ante la comisión nacional de la especialidad.

La publicación en el tablón de anuncios de dicha reseña incluirá la inserción en la misma de una diligencia específica del presidente de la comisión de docencia para hacer constar la fecha exacta de su publicación.

Las solicitudes de revisión, dirigidas al presidente de la comisión nacional de la especialidad de que se trate, se presentarán a través de la comisión de docencia.

4. Transcurrido dicho plazo, el presidente de la comisión de docencia remitirá con carácter inmediato al Registro Nacional de Especialistas en Formación las evaluaciones finales y las solicitudes de revisión de las mismas. Dicho registro dará traslado de las evaluaciones finales positivas al Ministerio de Educación y Ciencia, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, a efectos de la expedición de la correspondiente orden de concesión del título, y comunicará a las comisiones nacionales de las distintas especialidades las solicitudes de revisión que, en su caso, se hubieran formulado.

Artículo 26. *La revisión de las evaluaciones finales.*

1. Revisión de las evaluaciones finales negativas:

Cuando la evaluación final del periodo de residencia sea negativa, la comisión nacional de la correspondiente especialidad procederá a la realización de una prueba a los residentes que lo hayan solicitado, para la revisión de dicha calificación.

La prueba deberá realizarse en los 30 días siguientes a la comunicación de las solicitudes de revisión a la comisión nacional de la especialidad por el Registro de Especialistas en Formación.

La prueba se diseñará con sujeción a los criterios de evaluación que establezca la comisión nacional de la especialidad de que se trate y tendrá como finalidad verificar si el residente ha adquirido el nivel suficiente de

conocimientos, habilidades y actitudes para considerar que ha cumplido los objetivos del programa formativo.

La evaluación final positiva o negativa, en este último caso, motivada, se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros y se notificará a los interesados.

Si se mantuviera la evaluación negativa, el interesado tendrá derecho a realizar una prueba extraordinaria ante la misma comisión, entre los seis meses como mínimo y un año como máximo, a contar desde la prueba anterior.

La comisión estará obligada a notificar al interesado la fecha de esta prueba extraordinaria con un mes de antelación.

La calificación de la prueba extraordinaria se decidirá también por mayoría absoluta y será definitiva.

La calificación final obtenida tras seguirse el mencionado procedimiento será definitiva y se anotará en el Registro Nacional de Especialistas en Formación con los efectos previstos para las evaluaciones finales respecto a la concesión del título de especialista.

2. Revisión de las evaluaciones finales positivas.

Cuando la evaluación final del periodo de residencia sea positiva, la comisión nacional de la correspondiente especialidad procederá a la realización de una prueba a los residentes que lo hayan solicitado, para la obtención, según la siguiente gradación ascendente, de alguna de las siguientes calificaciones:

- a) Destacado con mención de la comisión nacional de la especialidad.
- b) Destacado con mención especial de la comisión nacional de la especialidad.

Dicha prueba deberá realizarse en los treinta días siguientes a la comunicación de las solicitudes a las correspondientes comisiones nacionales de especialidad por el Registro Nacional de Especialistas en Formación.

Cuando el número de solicitudes así lo aconseje, se podrá convocar a los aspirantes a la mencionada prueba mediante resolución que se publicará en el Boletín Oficial del Estado.

La finalidad de esta prueba, que se diseñará con sujeción a los criterios de evaluación que establezca la comisión nacional de la especialidad que corresponda, será evaluar si el nivel de competencias adquirido por el residente durante su periodo formativo le permite obtener alguna de las calificaciones antes mencionadas.

Las calificaciones otorgadas por la correspondiente comisión nacional en esta prueba se decidirán por mayoría absoluta, tendrán carácter definitivo sin posibilidad de prueba extraordinaria y se anotarán en el Registro Nacional de Especialistas en Formación.

Los aspirantes que no obtengan alguna de las calificaciones antes mencionadas mantendrán la inicialmente otorgada por el comité de evaluación.

Las calificaciones de destacado con mención y de destacado con mención especial otorgadas por la correspondiente comisión nacional, darán derecho a la expedición por el Ministerio de Sanidad y Consumo de un diploma acreditativo de las mismas que será tenido en cuenta a los efectos previstos en el artículo 31.4 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y en el artículo 38 de la Ley 44/2003, de 11 de noviembre, en los términos que determine cada comunidad autónoma.

Artículo 27. *Efectos de la evaluación final.*

1. La evaluación final positiva del periodo de residencia dará derecho a la obtención del título oficial de especialista, por lo que, una vez notificada al Registro Nacional de Especialistas en Formación, el Ministerio de Sanidad y Consumo procederá a su traslado al Ministerio de Educación y Ciencia junto con la documentación nece-

saría para que se dicten las ordenes de concesión de los títulos de especialista.

Simultáneamente a la solicitud del citado título, el Registro Nacional de Especialistas en Formación expedirá el certificado que se cita en el párrafo segundo del artículo 3.3 de este real decreto.

2. La evaluación final negativa del período de residencia, motivada por la no presentación o por la no superación de la prueba ordinaria o, en su caso, extraordinaria que se cita en el apartado 1 del artículo anterior, tendrá carácter definitivo, por lo que impedirá la obtención del título de especialista.

Asimismo, la citada evaluación negativa implicará la pérdida de derechos respecto a la prueba selectiva en la que se hubiera obtenido la correspondiente plaza en formación.

Artículo 28. *Documentación relativa a las evaluaciones.*

El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de la Salud y teniendo en cuenta las previsiones de este real decreto y los criterios de evaluación que determinen las comisiones nacionales de la especialidad, aprobará las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones. Dichas directrices serán de aplicación a todas las unidades docentes acreditadas para impartir formación especializada.

Artículo 29. *Evaluación y control de calidad de la estructura docente.*

1. Las unidades docentes y centros acreditados para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud se someterán a medidas de control de calidad y evaluación, con la finalidad de comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación que prevé el artículo 26 de la Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, en relación con el artículo 5 de este real decreto, la correcta impartición de los programas formativos y el cumplimiento de las previsiones contenidas en las distintas normas que regulan la formación sanitaria especializada.

2. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar las unidades docentes y para evaluar, en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación, para lo cual podrá recabar la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas, de sus servicios de inspección y de los profesionales que con autorización de la correspondiente comunidad autónoma estén acreditados como auditores por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para realizar dichas funciones. Asimismo, dicha colaboración podrá llevarse a cabo por las entidades previstas en el artículo 62.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Las comisiones de docencia de centro o unidad elaborarán un plan de gestión de calidad docente respecto a la/s unidad/es de las distintas especialidades que se formen en su ámbito. Dicho plan se aprobará y supervisará por la comisión de docencia con sujeción a los criterios que establezcan las comunidades autónomas a través de los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En los mencionados planes de gestión de calidad se contará con la necesaria participación de los residentes que anualmente evaluarán, a través de encuestas o de otros instrumentos que garanticen el anonimato, el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos,

materiales y organizativos de la unidad en la que se estén formando, así como el funcionamiento, desde el punto de vista docente, de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que roten durante sus períodos formativos.

4. La evaluación desfavorable de la actividad docente de un centro o unidad implicará la revisión de su acreditación y, en su caso, su revocación total o parcial, con sujeción a lo previsto en el artículo 5 de este real decreto.

5. Las comunidades autónomas, con la finalidad de efectuar el seguimiento de la calidad de la formación especializada, realizarán, a través de los órganos competentes en la materia, una encuesta anual y anónima a todos los residentes que se formen en sus respectivos ámbitos, para comprobar su grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida.

6. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y las comunidades autónomas colaborarán y se facilitarán mutuamente la información necesaria para llevar a cabo la evaluación de centros y unidades docentes.

CAPÍTULO VII

Supuestos específicos

Artículo 30. *Estancias formativas de extranjeros.*

1. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa vigente en materia de extranjería e inmigración respecto a la situación jurídica de los extranjeros en España, la autorización de estancias formativas temporales a graduados y especialistas en Ciencias de la Salud en activo en países con los que se haya suscrito convenios de colaboración cultural, con sujeción a los siguientes requisitos:

a) La autorización de estas estancias no requerirá la homologación o reconocimiento del título oficial de licenciado/graduado o de especialista que ostente el solicitante, sin perjuicio de su necesaria validación por el departamento que corresponda a fin de constatar que el título que se ostenta se corresponde con el que en el país de origen habilita para el ejercicio de la profesión de que se trate. Dicha validación sólo tendrá alcance y efectos para la realización de las actividades propias de la estancia formativa.

b) Las estancias formativas, durante las que no existirá vinculación laboral con el centro sanitario, se realizarán en unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas y no podrán ser tomadas en consideración para la obtención del título español de especialista o para la homologación de títulos extranjeros al citado título español.

c) Quienes realicen estancias formativas tendrán la consideración de personal en formación, por lo que las actividades en las que intervengan serán, en todo caso, planificadas, dirigidas, supervisadas y graduadas por los profesionales que presten servicios en la unidad asistencial en la que se realice la estancia.

d) Las estancias se autorizarán por un plazo máximo de seis meses, prorrogable excepcionalmente por otros seis, mediante autorización expresa y fundamentada en causas debidamente justificadas por la comisión de docencia del centro en el que se realiza la estancia.

Una vez concluida la estancia no podrá autorizarse una nueva al mismo solicitante hasta transcurridos cinco años desde la conclusión de la anterior.

e) La autorización para la realización de la estancia requerirá los siguientes informes:

1.º Informe del responsable del centro extranjero donde el interesado preste servicios, en el que se determi-

nen los objetivos concretos que se pretendan con su realización.

2.º Informe de la comisión de docencia del centro español de acogida, en el que se haga constar la aceptación del interesado y que dicha aceptación no perjudica la capacidad docente del centro.

3.º Informe favorable del órgano competente en materia de formación especializada de la correspondiente comunidad autónoma.

f) Los gerentes/directores de los centros sanitarios donde se lleven a cabo las estancias formativas requerirán, con carácter previo a la iniciación de las mismas, que el interesado tenga asegurados la asistencia sanitaria y los riesgos derivados de la responsabilidad civil en que pudiera incurrir como consecuencia de las actividades llevadas a cabo durante su estancia formativa.

2. Concluido el período formativo, la comisión de docencia emitirá un certificado en el que se hará constar las actividades llevadas a cabo y la evaluación de la estancia formativa como «satisfactoria» o «no satisfactoria» a la vista de los informes que emitan los profesionales que han tutelado su formación.

3. Concluida la estancia formativa, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a la vista de la evaluación que se cita en el anterior apartado 2, expedirá una certificación acreditativa de la misma.

Artículo 31. *Cambios excepcionales de especialidad.*

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo, excepcionalmente, a petición fundada del interesado y previo informe de la correspondiente comunidad autónoma, podrá autorizar, por una sola vez, el cambio de especialidad que se esté cursando en el mismo centro o en otro de la misma comunidad autónoma, siempre que exista plaza vacante acreditada en la especialidad que se solicita, que la petición se realice durante los dos primeros años de formación y que el solicitante haya obtenido en la convocatoria anual de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada en la que hubiera participado un número de orden que le hubiere permitido acceder, en dicha convocatoria, a plaza de la especialidad a la que pretende cambiar.

2. El cambio de especialidad requerirá los informes de la comisiones de docencia del centro o unidad donde el solicitante se esté formando y del centro o unidad de destino, así como de las comisiones nacionales de las dos especialidades implicadas.

En el informe de la comisión de docencia de origen se harán constar las actividades llevadas a cabo por el residente en el centro o unidad, según lo previsto en el correspondiente programa formativo.

3. Corresponde a la comisión nacional de la especialidad a la que se ha solicitado el cambio determinar, al mismo tiempo que se emite el informe que se cita en el apartado anterior, el año de formación y los términos en que ha de producirse la incorporación del residente a partir del momento en que se autorice el cambio de especialidad solicitado.

4. Los cambios de especialidad se inscribirán en el Registro Nacional de Especialistas en Formación.

Disposición adicional primera. *Supuestos especiales para el nombramiento de determinados tutores.*

1. En las especialidades en Ciencias de la Salud de nueva creación y las que a la entrada en vigor de este real decreto no se hayan desarrollado o estén en período de implantación, los requisitos exigidos en el artículo 11.5 para el nombramiento de tutores se sustituirán por una experiencia acreditada que se corresponda con el ámbito profesional de la especialidad de que se trate, en los tér-

minos que determinen los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia al aprobar los requisitos generales de acreditación de cada una de ellas.

2. Hasta que concluya el proceso de homologación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria regulado por el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, podrán ser tutores de dicha especialidad, aun cuando no sean especialistas, los licenciados en Medicina con anterioridad al 1 de enero de 1995, siempre que acrediten ejercicio profesional continuado y experiencia docente en el ámbito de la atención primaria de salud.

Disposición adicional segunda. *Proceso de adaptación de determinadas unidades docentes ya constituidas.*

Corresponde a las comunidades autónomas la iniciativa para proponer la adaptación de las unidades docentes ya constituidas en las que se formen residentes de las especialidades afectadas por lo dispuesto en el artículo 7 de este real decreto, a unidades docentes de carácter multiprofesional.

Disposición adicional tercera. *Previsiones relativas a los especialistas en Radiofísica Hospitalaria.*

1. El especialista en Radiofísica Hospitalaria se corresponde con el experto cualificado en Radiofísica al que se refiere el artículo 5.º del Real Decreto 1132/1990, de 14 de septiembre, por el que se establecen medidas fundamentales de protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos, así como con el experto en Física Médica definido en el artículo 2 de la Directiva 97/43/EURATOM del Consejo, de 30 de junio de 1997, relativa a la protección de la salud frente a los riesgos derivados de las radiaciones ionizantes en exposiciones médicas, que sustituyó a la Directiva 84/466 EURATOM del Consejo, de 3 de septiembre.

2. De acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, y en la instrucción IS-08 de 27 de julio de 2005, del Consejo de Seguridad Nuclear («Boletín Oficial del Estado» de 5 de octubre de 2005), en los centros e instituciones sanitarias públicos y privados en los que, de acuerdo con dicha normativa, existan servicios de protección radiológica (SPR), las entidades titulares de los mismos propondrán al Consejo de Seguridad Nuclear, para cubrir las jefaturas de esos servicios, a especialistas en Radiofísica Hospitalaria.

Asimismo, las unidades técnicas de protección radiológica (UTPR) previstas en el Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, y en la Instrucción IS-08 antes citados, que prestan servicios de protección radiológica en centros e instituciones sanitarias públicos o privados, deberán incorporar en su organización, mediante un vínculo contractual escrito, a un especialista en Radiofísica Hospitalaria.

3. El Consejo de Seguridad Nuclear informará la propuesta de programa formativo de la especialidad de Radiofísica Hospitalaria antes de su aprobación, para asegurar que el mismo se adecua a las previsiones sobre protección radiológica contenidas en el Real Decreto 783/2001 antes citado.

4. Lo previsto en el apartado 2 de esta disposición respecto a las jefaturas de protección radiológica en centros e instituciones sanitarias públicas o privadas, no implicará el cese de quienes a la entrada en vigor de este real decreto estén desempeñando las mencionadas jefaturas sin ostentar el título de especialista en Radiofísica Hospitalaria, sin perjuicio de las facultades de revocación y cese en dichos puestos, por causas distintas a la de no ostentar el mencionado título.

Las previsiones del apartado 2 de esta disposición respecto a las unidades técnicas de protección radiológica se aplicarán a las UTPR de nueva creación y progresivamente a las ya constituidas, en los términos que determine el Consejo de Seguridad Nuclear.

Disposición adicional cuarta. *Modificación de la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería.*

1. A los enfermeros y ayudantes técnicos sanitarios que pretendan acceder al título de la especialidad de Enfermería de Salud Mental al amparo de lo previsto en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, les será aplicable dicha disposición con las siguientes peculiaridades:

a) El plazo de presentación de solicitudes para acceder al título de especialista será de seis meses desde la fecha de entrada en vigor de este real decreto.

b) Los requisitos establecidos en el apartado 2 de la mencionada disposición transitoria segunda deberán reunirse con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sin perjuicio de que la formación complementaria pueda desarrollarse en el plazo de presentación de solicitudes previsto en el anterior párrafo a).

2. Las solicitudes de acceso al título de especialista en Enfermería de Salud Mental presentadas al amparo de la redacción anterior de la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, mantendrán su validez, sin perjuicio de que los interesados puedan añadir la documentación que consideren oportuna para completar la acreditación de los requisitos exigidos en cada supuesto en los términos previstos en los párrafos a) y b) del anterior apartado 1.

Disposición adicional quinta. *Aplicación de este real decreto a los centros y unidades docentes acreditados para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, pertenecientes a la red sanitaria militar del Ministerio de Defensa.*

Las normas que se contienen en este real decreto se adaptarán por el Ministerio de Defensa a las peculiaridades propias de la red sanitaria militar así como a las especificidades propias del Cuerpo Militar de Sanidad, incluso cuando alguno de sus miembros realice actividades de formación sanitaria especializada en otros centros y unidades docentes del sistema sanitario acreditados para dicha formación que no pertenezcan a dicha red.

Disposición adicional sexta. *Adaptación de este real decreto a la situación específica de las ciudades de Ceuta y Melilla.*

Las referencias que en este real decreto se realizan a las comunidades autónomas se entenderán realizadas al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en lo que respecta a las unidades y centros acreditados para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud de las ciudades de Ceuta y Melilla.

Disposición adicional séptima. *Equivalencia entre evaluación formativa y continuada.*

La evaluación formativa a la que se refiere el artículo 19 de este real decreto es equivalente a la evaluación continuada a la que se refiere el artículo 4.1.i) del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, y en el artículo 3.4

del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

Disposición adicional octava. *Equivalencias entre títulos de médico especialista.*

1. Se declaran equivalentes entre sí los títulos de las especialidades médicas que a continuación se indican:

- a) Alergia al actual de Alergología.
- b) Anestesiología al actual de Anestesiología y Reanimación.
- c) Angiología (Cirugía Vascul Periférica) al actual de Angiología y Cirugía Vascul.
- d) Aparato Circulatorio al actual de Cardiología.
- e) Aparato Respiratorio al actual de Neumología.
- f) Cirugía del Aparato Digestivo al actual de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- g) Cirugía General al actual de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- h) Cirugía Maxilofacial al actual de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- i) Cirugía Plástica y Reparadora al actual de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
- j) Cirugía Pulmonar al actual de Cirugía Torácica.
- k) Cirugía Reparadora al actual de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
- l) Dermatología y Venereología al actual de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología.
- m) Hematología al actual de Hematología y Hemoterapia.
- n) Hidrología al actual de Hidrología Médica.
- o) Higiene y Sanidad al actual de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- p) Histopatología al actual de Anatomía Patológica.
- q) Medicina Espacial al actual de Medicina del trabajo.
- r) Oncología al actual de Oncología Médica.
- s) Pediatría al actual de Pediatría y sus áreas específicas.
- t) Puericultura y Pediatría al actual de Pediatría y sus áreas específicas.
- u) Radioterapia al actual de Oncología Radioterápica.
- v) Rehabilitación al actual de Medicina Física y Rehabilitación.
- w) Tisiología al actual de Neumología.
- x) Traumatología y Ortopedia al actual de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- y) Traumatología y Cirugía Ortopédica al actual de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

2. Los Licenciados en Medicina que se encuentren en posesión del título de Especialista en Electrorradiología podrán solicitar del Ministerio de Educación y Ciencia la obtención de uno de los títulos de Especialista en Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico u Oncología Radioterápica, aportando la documentación acreditativa de haber realizado la actividad profesional especializada que corresponda. Con carácter previo a la resolución de dichas solicitudes por el Ministerio de Educación y Ciencia, la comisión nacional de la especialidad que se desea obtener emitirá informe motivado sobre cada una de ellas.

Disposición transitoria primera. *Plazos de adaptación normativa.*

1. En cuanto a las comisiones de docencia y tutores:

Hasta tanto las comunidades autónomas dicten, en el plazo de un año desde la publicación de este real decreto, las disposiciones de desarrollo previstas en sus artículos 10, 11.4, 11.5, 12, 13 y 15.5, seguirán en vigor los apartados primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo

y disposición adicional sexta de la Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas.

Las comunidades autónomas, a través de las mencionadas disposiciones de desarrollo, regularán el régimen transitorio que permita la adaptación de las comisiones de docencia y tutores a lo dispuesto en este real decreto, incluyendo por tanto el cambio de denominación de las comisiones asesoras y de los coordinadores de las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina del Trabajo por las de comisiones de docencia y jefes de estudios de formación especializada respectivamente.

Lo previsto en el artículo 11.3 respecto al número máximo de residentes por tutor se aplicará de forma progresiva, en el plazo de tres años, en las unidades docentes acreditadas a la entrada en vigor de este real decreto y de manera inmediata a las unidades docentes de nueva creación.

2. En cuanto a la evaluación:

En el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico Presupuestarios, aprobará las directrices a las que se refiere el artículo 28 de este real decreto.

Los residentes que hayan obtenido plaza en formación en convocatorias anteriores a la fecha en la que se aprueben dichas directrices seguirán siendo evaluados según lo previsto en los apartados octavo, noveno, décimo y undécimo de la Orden de 22 de junio de 1995 antes citada y en la disposición adicional quinta del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, sin perjuicio de las previsiones específicas contenidas en la disposición transitoria tercera de dicho real decreto respecto a las especialidades de Enfermería.

Las previsiones contenidas en el capítulo VI de este real decreto serán de plena aplicación a los residentes que obtengan plaza en formación en convocatorias posteriores a la fecha en la que se aprueben las directrices que se citan en el párrafo primero de este apartado.

No obstante lo anterior, también podrán participar, por una sola vez, en la primera prueba que se convoque una vez finalizado su periodo formativo, los residentes que a la entrada en vigor de este real decreto estén cursando la residencia.

Asimismo, en las especialidades cuya duración sea de uno, dos y tres años, se acumularán en un mismo año la convocatoria y realización de las pruebas a las que se refiere el artículo 26.2 de este real decreto al momento en el que concluya la primera promoción de las especialidades de tres años.

3. En cuanto al libro del residente:

En el plazo de un año desde la publicación de este real decreto, las Comisiones Nacionales de las especialidades en Ciencias de la Salud que se citan en los apartados 1, 2, 3 y 5 de su anexo I diseñarán la estructura básica del libro del residente de cada especialidad en los términos previstos en el artículo 18 de este real decreto.

Dicho plazo será de dos años para las especialidades de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) y enfermería de salud mental, y de tres años, a partir del momento de su implantación, para las especialidades que todavía no se han desarrollado.

Disposición transitoria segunda. Convocatoria de plazas en régimen de alumnado.

Hasta tanto el gobierno adopte la decisión que corresponda en el plazo previsto en la disposición transitoria cuarta de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, el régimen

de alumnado seguirá siendo el sistema formativo de las especialidades médicas de Hidrología Médica, Medicina de la Educación Física y del Deporte, y Medicina Legal y Forense, incluidas en el apartado tercero del anexo del Real Decreto 127/1984, y de la especialidad farmacéutica de Farmacia Industrial y Galénica, incluida en el grupo 2.º del artículo tercero del Real Decreto 2708/1982, de 15 de octubre.

Las plazas de estas especialidades que, en su caso, se convoquen, a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia, se seleccionarán a través de la prueba de acceso a la que se refiere el artículo 22.1 de la mencionada ley.

Disposición transitoria tercera. Reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en otros países.

1. En el plazo de un año desde la publicación de este real decreto, el Gobierno desarrollará lo establecido en los apartados 1 y 2 del artículo 18 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Hasta tanto se desarrolle dicha norma, el procedimiento regulado por la Orden de 14 de octubre de 1991 («Boletín Oficial del Estado» de 23 de octubre), modificada por la Orden de 16 de octubre de 1996 («Boletín Oficial del Estado» de 19 de octubre), por la que se regulan las condiciones y el procedimiento de homologación de los títulos extranjeros de farmacéuticos y médicos especialistas por los correspondientes títulos oficiales españoles, se aplicará también a las solicitudes de homologación de títulos extranjeros de especialistas no comunitarios de otras profesiones sanitarias distintas a las de médico o farmacéutico.

2. El reconocimiento de los títulos de especialista obtenidos en Estados miembros de la Unión Europea o en Estados en los que resulte de aplicación la libre circulación de trabajadores y la libertad de establecimiento y libre prestación de servicios de los profesionales, se atenderá a lo que establezcan las normas comunitarias y las españolas de desarrollo reguladoras de dicho reconocimiento.

Disposición transitoria cuarta. Reconocimiento de períodos formativos.

Hasta tanto se desarrolle el artículo 19.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo resolver las solicitudes de reconocimiento de períodos formativos previos de residentes en formación conforme en lo previsto en la Orden de 18 de junio de 1993, sobre reconocimiento de períodos formativos previos de los médicos y farmacéuticos residentes en formación.

Las referencias que en el apartado segundo de dicha orden se hacen al informe previo de la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo y a la resolución de la Dirección General de Enseñanza Superior del Ministerio de Educación y Ciencia, se entenderán referidas respectivamente, a la Subdirección General de Ordenación Profesional y a la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Disposición transitoria quinta. Normativa aplicable a las pruebas de acceso.

1. Hasta tanto se desarrolle el artículo 22 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en las convocatorias anuales de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria para médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, bioquímicos, psicólogos y radiofísicos hospitalarios se tendrán en cuenta las siguientes previsiones:

a) En la oferta de plazas en formación por el sistema de residencia que se incluya en cada convocatoria se distinguirán dos grupos: uno incluirá las plazas a adjudicar en centros de titularidad pública o privada que tengan el mismo sistema de adjudicación que aquellos, y otro, integrado por las plazas pertenecientes a centros de titularidad privada que ejerzan el derecho de conformidad previa a los aspirantes que pretendan acceder a las mismas.

El derecho de conformidad previa solo podrá hacerse efectivo si el aspirante ha superado la puntuación mínima que, en su caso, se establezca y si ha obtenido en la prueba selectiva un número de orden igual o menor al total de plazas convocadas para la titulación de que se trate, en el grupo integrado por las plazas que se adjudican por el sistema público.

A estos efectos, los aspirantes estarán obligados a presentar en el momento de solicitar la asignación de plaza en un centro privado, el documento acreditativo de la conformidad expresa del centro.

Asimismo, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en las convocatorias anuales de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada podrán preverse cupos territoriales u otros criterios de adjudicación de plazas, cuando así lo requiera la planificación de las necesidades de especialistas y sin perjuicio de los principios de igualdad, capacidad y mérito.

b) La prueba selectiva para los que pretendan acceder a plazas en formación de Radiofísica Hospitalaria consistirá, exclusivamente, en la realización de un ejercicio de contestaciones múltiples sobre física y otras disciplinas, como matemáticas, relacionadas con el uso de las radiaciones.

c) Para ser adjudicatario de una plaza en formación sanitaria especializada se requerirá que la puntuación particular obtenida en el ejercicio de contestaciones múltiples al que se refiere el artículo 6.1, regla primera, de la Orden de 27 de junio de 1989 por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada, sea positiva o, en su caso, superior a la puntuación mínima en los términos que se determine en cada convocatoria, quedando por tanto excluidos de la prueba selectiva aquellos aspirantes que no cumplan esta condición.

d) El porcentaje que se cita en el artículo 7.2 de la Orden de 27 de junio de 1989, respecto al número máximo de plazas ofertadas en cada convocatoria que pueden adjudicarse a nacionales de países no miembros de la Unión Europea con convenio de colaboración cultural, será del 10 por ciento para médicos y del 5 por ciento para farmacéuticos.

e) Se modifica el baremo aplicable a la valoración de los méritos académicos de los participantes en las pruebas selectivas para la formación de especialistas, que figura como anexo de la Orden de 27 de junio de 1989, en su redacción dada por la Orden de 11 de julio de 2000, en los siguientes términos: se eleva de dos a cuatro el número de decimales que figura en el párrafo final del apartado I, se elimina el apartado II de dicho baremo «Estudios de doctorado» y el actual apartado III «Título de doctor» pasa a ser el II, con las siguientes valoraciones a la tesis doctoral: 0,25 puntos por la calificación de apto, 0,50 puntos por la calificación de notable, 0,75 puntos por la calificación de sobresaliente y 1 punto por la calificación de sobresaliente cum laude.

f) Los aspirantes habrán de poseer un conocimiento adecuado del español, que se acreditará en los términos que se establezca en cada convocatoria.

g) En las convocatorias anuales de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada, podrá preverse la adopción de medidas que favorezcan la incorporación a la plaza adjudicada y la conclusión de los períodos formativos en la especialidad que

se esté cursando, siempre que no se impida la participación en convocatorias posteriores a aquella en la que se obtuvo plaza.

A tal fin, en las citadas convocatorias podrá preverse que los residentes que en el momento de presentar su solicitud para participar en las pruebas de acceso se encuentren realizando un período de formación especializada por el sistema de residencia, sólo puedan concurrir a la misma si en el plazo de presentación de solicitudes aportan renuncia previa y expresa a la plaza en formación que estén desempeñando.

2. A las convocatorias anuales para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada de especialidades de Enfermería les será de aplicación las previsiones contenidas a este respecto en el artículo 4 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, así como las previsiones contenidas en los párrafos a), c), e), f) y g) del anterior apartado 1.

3. En las convocatorias anuales de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada, podrán incorporarse las modificaciones derivadas de las medidas que se adopten para la incorporación progresiva de criterios de troncalidad en la formación de especialistas en ciencias de la salud, al amparo de lo previsto en el artículo 19 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Disposición derogatoria primera. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto y en concreto las siguientes normas:

1. El Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

Lo previsto en el párrafo anterior se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición derogatoria segunda y en la disposición transitoria segunda de este real decreto, respecto a las especialidades médicas en régimen de alumnado.

2. El Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada, excepto su disposición transitoria primera que seguirá en vigor, hasta tanto concluya el procedimiento de acceso al título de médico especialista en Medicina del Trabajo, regulado por la misma.

3. El Real Decreto 2708/1982, de 15 de octubre, por el que se regulan los estudios de especialización y la obtención del título de farmacéutico especialista, sin perjuicio de lo previsto en la disposición derogatoria segunda y en la disposición transitoria tercera de este real decreto, respecto a las especializaciones farmacéuticas en régimen de alumnado.

4. El Real Decreto 365/2004, de 5 de marzo, por el que se crea el título de Farmacéutico especialista en Inmunología, excepto sus disposiciones transitorias primera y tercera, que seguirán en vigor hasta tanto concluyan los procedimientos de acceso al título de especialista en Inmunología, regulados por las mismas.

5. El Real Decreto 220/1997, de 14 de febrero, por el que se crea y regula la obtención del título oficial de especialista en Radiofísica Hospitalaria.

6. El Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, excepto la disposición adicional tercera y las disposiciones transitorias primera, segunda, tercera y cuarta, hasta tanto concluyan los procedimientos de acceso al citado título por las mencionadas vías transitorias.

7. El Real Decreto 1163/2002, de 8 de noviembre, por el que se crean y regulan las especialidades sanitarias para químicos, biólogos y bioquímicos, excepto las dispo-

siciones transitorias primera, segunda, tercera, cuarta y quinta, hasta tanto concluyan los procedimientos de acceso a los citados títulos por las mencionadas vías transitorias.

Excepcionalmente, y a los solos efectos de las disposiciones transitorias citadas, la comisión nacional de la correspondiente especialidad, con la composición prevista en el artículo 3 del Real Decreto 1163/2002, de 8 de noviembre, seguirá desempeñando las funciones asignadas a la misma en dicha norma.

8. Se deroga el inciso final del artículo 4.6 de Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, cuyo tenor literal es el siguiente «... y, salvo que acrediten un motivo suficiente para ello, podrán ser penalizados en su puntuación hasta en las dos convocatorias siguientes».

Asimismo se suprimen el párrafo segundo del apartado 3 y el párrafo segundo del apartado 4 de la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, antes citado, relativos a la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

9. La Orden Ministerial de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas, sin perjuicio de lo previsto en la disposición transitoria primera de este real decreto.

10. La Orden del Ministerio de la Presidencia, de 24 de junio de 1998, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de enfermero especialista.

11. Los artículos 1, 2, 3, 5.3, 12, 13, 14.3 y 4, 15.2, 16.2, 17.2 y 3 de la Orden de 27 de junio de 1989 por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada.

12. La Orden de 11 de febrero de 1981, sobre equivalencias entre especialidades anteriores al Real Decreto de 15 de junio de 1978 y sus nuevas denominaciones y sistema transitorio de concesión del título de especialista a los que hayan iniciado su formación antes del 1-1-1980, en lo que todavía estaba vigente hasta la entrada en vigor de este real decreto.

Disposición derogatoria segunda. *Extinción de determinadas especialidades en régimen de alumnado.*

En cumplimiento de lo previsto en la disposición transitoria cuarta de la Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, relativa a las especialidades cuyo sistema de formación no es el de residencia, y sin perjuicio de lo establecido en la disposición transitoria segunda respecto a las especialidades que en la misma se citan:

1. Se declara a extinguir, desde la fecha de entrada en vigor de este real decreto, la especialidad médica en régimen de alumnado de Estomatología, sin perjuicio del ejercicio profesional de estos especialistas, al amparo de lo previsto en el artículo 6.2.c) de la Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, de los derechos profesionales y de cualquier tipo inherentes al título de médico especialista en Estomatología, incluidos los derivados de su equiparación profesional con los licenciados en Odontología, como consecuencia de lo previsto en la disposición adicional de la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental.

2. Se declara a extinguir, desde la fecha de entrada en vigor de este real decreto, la especialización farmacéutica en régimen de alumnado de Análisis y Control de Medicamentos, sin perjuicio de los derechos profesionales y de cualquier tipo inherentes a dicho título que ostenten quienes lo hubieran obtenido al amparo de lo previsto en el régimen transitorio de acceso al mismo, regulado

por el Real Decreto 412/1997, de 21 de marzo y Orden de 31 de octubre de 1997.

3. Quedan suprimidas, desde la entrada en vigor de este real decreto, las especializaciones farmacéuticas no desarrolladas de Farmacología Experimental, Microbiología Industrial, Nutrición y Dietética, Sanidad Ambiental y Salud Pública, Tecnología e Higiene Alimentaria, y Toxicología Experimental y Analítica.

Disposición final primera. *Nueva redacción del artículo 5.1.b) del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.*

El artículo 5.1.b) del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, queda redactada de la siguiente forma:

«b) Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un periodo de descanso continuo de 12 horas.

En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de emergencia asistencial. En este último supuesto, se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.»

Disposición final segunda. *Título competencial.*

1. Este real decreto se dicta al amparo del artículo 149.1.30.^a de la Constitución para la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos profesionales.

2. Tienen la consideración de normas básicas el capítulo IV, los artículos 10.2 y 14 y la disposición adicional tercera de este real decreto, que se dictan al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución.

3. El artículo 30 de este real decreto se dicta al amparo de la competencia atribuida al Estado en el artículo 149.1.2.^a de la Constitución, en materia de extranjería.

4. La disposición final primera se dicta al amparo de la competencia atribuida al Estado en el artículo 149.1.7.^a de la Constitución, en materia de legislación laboral.

Disposición final tercera. *Desarrollo normativo.*

Los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia dictarán, en el ámbito de sus competencias, las disposiciones precisas para la ejecución y cumplimiento de lo previsto en este real decreto.

Disposición final cuarta. *Supervisión de la calidad de la formación especializada en Ciencias de la Salud.*

Los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia y las comunidades autónomas velarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, por la calidad de la formación especializada en Ciencias de la Salud y por el desarrollo de la misma conforme a lo establecido en este real decreto.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, con el fin de homogenizar la aplicación práctica de la formación sanitaria especializada, podrá convocar, previo acuerdo con la

Comisión de Recursos Humanos, reuniones de trabajo de los presidentes de las comisiones de docencia, a las que asistirán también representantes de las comunidades autónomas. En dichas reuniones se propondrá el estudio y deliberación de temas de interés común para la mayor eficiencia del sistema de formación especializada y de los programas formativos.

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

Sin perjuicio de lo previsto en la disposición transitoria primera, el presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 8 de febrero de 2008.

JUAN CARLOS R.

La Vicepresidenta Primera del Gobierno
y Ministra de la Presidencia,
MARÍA TERESA FERNÁNDEZ DE LA VEGA SANZ

ANEXO I

Relación de especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia

1. Especialidades médicas para cuyo acceso se exige estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de médico:

Alergología.
Anatomía Patológica.
Anestesiología y Reanimación.
Angiología y Cirugía Vascolar.
Aparato Digestivo.
Cardiología.
Cirugía Cardiovascular.
Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Cirugía Oral y Maxilofacial.
Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Cirugía Pediátrica.
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
Cirugía Torácica.
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
Endocrinología y Nutrición.
Farmacología Clínica.
Geriatría.
Hematología y Hemoterapia.
Medicina del Trabajo.
Medicina Familiar y Comunitaria.
Medicina Física y Rehabilitación.
Medicina Intensiva.
Medicina Interna.
Medicina Nuclear.
Medicina Preventiva y Salud Pública.
Nefrología.
Neumología.
Neurocirugía.
Neurofisiología Clínica.
Neurología.
Obstetricia y Ginecología.
Oftalmología.
Oncología Médica.
Oncología Radioterápica.
Otorrinolaringología.
Pediatria y sus Áreas Específicas.
Psiquiatría.
Radiodiagnóstico.
Reumatología.
Urología.

2. Especializaciones farmacéuticas para cuyo acceso se exige estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de farmacéutico:

Farmacia Hospitalaria.

3. Especialidades de Psicología para cuyo acceso se exige estar en posesión del título universitario oficial de Grado en el ámbito de la Psicología o de Licenciado en Psicología:

Psicología Clínica.

4. Especialidades de Enfermería para cuyo acceso se exige estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de enfermera:

Enfermería de Salud Mental.
Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
Enfermería del Trabajo.
Enfermería Familiar y Comunitaria.
Enfermería Geriátrica.
Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
Enfermería Pediátrica.

5. Especialidades multidisciplinares para cuyo acceso se exige estar en posesión de los títulos universitarios oficiales de Grado, o en su caso de Licenciado, en cada uno de los ámbitos que a continuación se especifican:

Análisis Clínicos: Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.

Bioquímica Clínica: Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.

Inmunología: Biología, Bioquímica, Farmacia o Medicina.

Microbiología y Parasitología: Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.

Radiofarmacia: Biología, Bioquímica, Farmacia o Química.

Radiofísica Hospitalaria: Física y otras disciplinas científicas y tecnológicas.

ANEXO II

Unidades docentes de carácter multiprofesional

a) Unidades docentes de Salud Mental en las que se formarán médicos especialistas en Psiquiatría, psicólogos especialistas en Psicología Clínica y enfermeros especialistas en Enfermería de Salud Mental.

b) Unidades docentes de Pediatría en las que se formarán médicos especialistas en Pediatría y sus áreas específicas y enfermeros especialistas en Enfermería Pediátrica.

c) Unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria en las que se formarán médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

d) Unidades docentes de Salud Laboral en las que se formarán médicos especialistas en Medicina del Trabajo y enfermeros especialistas en Enfermería del Trabajo.

e) Unidades docentes de Geriatría en las que se formarán médicos especialistas en Geriatría y enfermeros especialistas en Enfermería Geriátrica.

f) Unidades docentes de Obstetricia y Ginecología en las que se formarán médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología y enfermeros especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

ANEXO 3:

Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. Protocolo para graduar la supervisión de las actividades asistenciales de los residentes.

Comisión de docencia. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

DEBER GENERAL DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE

***Protocolo para graduar la supervisión de las
actividades asistenciales de los residentes***

Elaborado por la Comisión de Docencia

Revisado y Aprobado por la Comisión de Docencia en Junio de 2015.

ÍNDICE

1. Objetivo del documento.

2. Ámbito de aplicación

3. Bases legislativas

4. Supervisión de las actividades asistenciales.

A.-Generalidades

A.1.-Niveles de Responsabilidad

A.2.-Criterios para asignar niveles de responsabilidad

A.3.-Cadena ascendente de responsabilidades

B.-Actividades de carácter ordinario (consulta).

C.- Actividades en el área de Urgencias.

D.- Actividades en el área de Hospitalización

E.- Actividades en el área quirúrgica

1. Objetivo del documento.

El presente protocolo de actuación tiene como objetivo establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

Se entiende que a lo largo del periodo de residencia se adquiere una competencia profesional progresiva que implica un nivel de responsabilidad creciente y una necesidad de supervisión decreciente.

Este protocolo se elabora en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos formativos del sistema de formación sanitaria especializada, y que indica que: “Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés”.

Tal y como se indica además en el citado Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008, una vez aprobado, el protocolo es elevado a los órganos de dirección del centro para que el jefe de estudios de formación especializada consensue con ellos su aplicación y revisión periódica.

2. Ámbito de aplicación.

El presente documento es aplicable a todos los residentes que estén desarrollando su programa de formación sanitaria especializada en nuestro Departamento de Salud. Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en una Unidad Docente perteneciente a nuestro Departamento como a aquéllos que habiendo obtenido plaza en una Unidad Docente no dependiente de nuestro Departamento de Salud se encuentren realizando su actividad profesional, debidamente autorizada, en nuestro Departamento. Asimismo, el documento se refiere a las actividades asistenciales que los residentes pertenecientes a nuestro Departamento de Salud realicen en Centros o Unidades externos.

3. Bases legislativas.

Para su elaboración se han tenido en cuenta los Artículos 14 y 15 del Real Decreto

183/2008 y su aplicación a las características específicas de nuestro Departamento.

Artículo 14. El deber general de supervisión.

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

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.

1. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

2. En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

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

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

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año.

4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad, y el proceso individual de adquisición de competencias.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

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

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

4. Supervisión de las actividades asistenciales.

A. Generalidades.

A.1.-NIVELES DE RESPONSABILIDAD

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante. Estos factores condicionan la responsabilidad

progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan.

Se establecen 3 niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

Nivel 1. Responsabilidad máxima / Supervisión a demanda. Los conocimientos y las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

Nivel 2. Responsabilidad media / Supervisión directa. El residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.

Nivel 3. Responsabilidad mínima. El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

A.2.-CRITERIOS PARA ASIGNAR NIVELES DE RESPONSABILIDAD

- Se consideran 2 periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes. Entre el 2º y último año formativo, también se asignarán niveles de responsabilidad progresiva según el año formativo y la evolución formativa de cada residente en particular.
- La Comisión de Docencia establece los criterios generales, tanto en la Unidad de Urgencias, como en las demás Unidades asistenciales con acreditación para la docencia postgraduada.
- Pero el responsable de establecer los niveles de responsabilidad de cada residente, es el tutor de residentes, que podrá además matizar cada caso en particular y transmitirlo a los especialistas a los que se asigne un residente.
- Los niveles de responsabilidad asignados por el tutor, a un determinado año de residencia y a cada residente en particular, implica que previamente el residente dispone de la formación teórica y práctica para poder optar a un nivel de responsabilidad mayor o una menor necesidad de supervisión
- Los conocimientos teóricos y las habilidades previas que el residente debe adquirir deben tener un respaldo documental escrito:

- a) Las actas de evaluación formativa por objetivos que llevará a cabo el tutor, con carácter trimestral y que analizan los objetos formativos logrados de entre los definidos en la guía docente de cada especialidad y que define cada tutor a partir del programa oficial de cada especialidad.
- b) La memoria del residente que debe reflejar las actividades teóricas y habilidades prácticas que lleva a cabo como muestra de que adquiere la formación prevista y la experiencia necesaria para poder asumir mayores niveles de responsabilidad.

A.3.-CADENA ASCENDENTE DE RESPONSABILIDADES

La Comisión de Docencia del Hospital Doctor Peset, entiende que los residentes como profesionales contratados con una actividad laboral, deben firmar de forma inteligible todas aquellas actuaciones profesionales en las que tomen parte, sean historias clínicas, informes de exploración física, informes de alta, órdenes de ingreso, prescripción de medicamentos, y demás actividades asistenciales en las que intervengan. Sin embargo ello no exime de la obligatoriedad, en el caso de los residentes de primer año, que toda esa actividad debe estar, además visada (firmada de forma inteligible e identificable) por el especialista que supervisa al R1, independientemente de la formación que acredite o de lo avanzado que esté el curso de R1 mientras siga siendo R1, tal y como se explicita en el Real Decreto 183/2008 en el artículo 15, punto 3.

Del mismo modo, la Comisión de Docencia entiende que la Dirección del Hospital debe exigir la supervisión de presencia física de los R1 así como el visado por escrito de dichos especialistas, sin necesidad de que recaiga en los residentes de primer año la labor de “perseguir” al especialista encargado de supervisar sus actuaciones y firmar los informes asistenciales.

Por ello la ausencia eventual de la firma de un especialista en los informes asistenciales firmados por un R1, implicaría desde el punto de vista de esta Comisión de Docencia, y en caso de tener consecuencias legales, atribuir la responsabilidad por orden ascendente, al especialista asignado, al responsable de la unidad donde se realiza la actividad en cuestión y en último término, a la Dirección del Hospital ya la Conselleria de Sanitat.

También se firmarán todos los informes asistenciales que a demanda del especialista en formación sean solicitados al Facultativo Especialista de Área correspondiente, durante la actividad asistencial.

Estas consideraciones persiguen varios objetivos:

- 1.-Garantizar que la asistencia a los pacientes por parte de los residentes no supone un perjuicio para aquéllos, al verse atendidos por personal sanitario sin la formación mínima necesaria.
- 2.-No dejar en la indefinición las responsabilidades legales, ni en la indefensión a los residentes.
- 3.-Perseguir la exigencia clásica de esta Comisión de Docencia, de que cada residente tenga un especialista claramente asignado.
- 4.-Cumplir la normativa sobre deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, que establece el Real decreto 183/2008.

B.Actividadesde carácter ordinario. (consulta)

En este apartado se incluye la actividad realizada en las Consultas Externas del Hospital, así como la actividad en el Centro de Especialidades en aquellas especialidades que los tengan integrados como parte de la actividad Formativa.

Habitualmente, los niveles de responsabilidad y la necesidad de supervisión inherentes a las actividades asistenciales que deben realizar los residentes en el aprendizaje de su especialidad están definidos en los programas formativos que para cada especialidad elabora su correspondiente Comisión Nacional.

Sin embargo, esto no siempre es así. Para aquellas especialidades cuyo programa formativo no especifique dichos niveles de responsabilidad, se solicitará al tutor/es de residentes que se incluyan en la Guía Docente de su especialidad.

Residentes de primer año.

Como norma general, para los residentes de primer año se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

- Anamnesis y exploración física..... Nivel 1
- Solicitud de pruebas diagnósticas básicas..... Nivel 1*
- Solicitud de pruebas diagnósticas especiales Nivel 2**
- Indicación/validación de tratamiento farmacológico Nivel2***
- Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos.....Nivel 2 ó 3****
- Información a paciente/familiares.Nivel 1****
- Decisión de alta hospitalaria. Nivel 2***

- * Analítica y radiología simple / Ecografía
- ** Radiología compleja (TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones
- *** Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.
- **** El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento.

Residentes de segundo año o sucesivos.

Para los residentes de segundo año o sucesivos se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

- Anamnesis y exploración física Nivel 1
- Solicitud de pruebas diagnósticas..... Nivel 1
- Indicación/validación de tratamiento farmacológico Nivel 1
- Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos Nivel 1, 2 ó 3*
- Información a paciente/familiares. Nivel 1
- Decisión de alta hospitalaria. Nivel 2

* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

C. Actividades a realizar en el área de Urgencias.

Normas generales de supervisión.

- a. La supervisión durante el primer año de la residencia deberá ser necesariamente de presencia física, a cargo de un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente.
- b. La supervisión en años sucesivos de residencia será preferentemente de presencia física.
- c. Cuando se trate de una supervisión localizada, el Servicio o Unidad Docente correspondiente, deberá elaborar por escrito un plan de formación para preparar a los residentes previamente al inicio de este tipo de actividad de guardia. Dichos planes deberán ser aprobados por la Comisión de Docencia y la Dirección.
- d. Los documentos generados por los residentes de primer año serán visados por escrito por un especialista competente en el contenido de la guardia que realice el residente.

e. Tal y como se deriva de los puntos anteriores, la supervisión de los residentes de primer año nunca podrá depender de forma exclusiva de un residente mayor.

f. Se establecerán entre los especialistas de la Unidad de Urgencias, responsables que se propondrán a la Dirección para ser nombrados como Tutores de Residentes de Urgencias. Como tales serán considerados, y por ellos se les asignarán labores propias de ellos específicamente orientadas hacia los residentes que trabajen en el área de urgencias:

- i. Definir programas de formación en urgencias
- ii. Asignar residentes a especialistas que les supervisen durante las guardias
- iii. Establecer objetivos formativos y protocolo de actuaciones y responsabilidades acordes a la progresión formativa de los residentes de acuerdo con el programa formativo de urgencias.
- iv. Llevar a cabo la evaluación formativa: grado de cumplimiento de los objetivos formativos y planes de mejora.

Estos programas deberán ser aprobados, como las demás guías docentes por la Comisión de Docencia.

Niveles de responsabilidad y graduación de la supervisión.

Dada la complejidad de la atención en el área de Urgencias, se ha elaborado por parte de los responsables de la misma un protocolo específico al respecto, aprobado por la Comisión de Docencia. Para los casos no contemplados en esta guía se establecen los siguientes niveles de responsabilidad.

Residentes de primer año.

Para los residentes de primer año se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

- Anamnesis y exploración física..... Nivel 1
- Solicitud de pruebas diagnósticas básicas* Nivel 1
- Solicitud de pruebas diagnósticas especiales** Nivel 2
- Indicación/validación de tratamiento farmacológico Nivel 2***
- Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos..... Nivel 2 ó 3****
- Información a paciente/familiares. Nivel 1****
- Decisión de ingreso o alta hospitalaria..... Nivel 2***

- * Analítica y radiología simple / Ecografía
- ** Radiología compleja (TAC, RM, Rx intervencionista) / Endoscopia / Punciones
- *** Se requiere el visado por escrito del documento realizado por un especialista.
- **** El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento.

Residentes de segundo año o sucesivos.

Para los residentes de segundo año o sucesivos se considera los siguientes niveles de responsabilidad y necesidad de supervisión:

- Anamnesis y exploración física..... Nivel 1
- Solicitud de pruebas diagnósticas..... Nivel 1
- Indicación/validación de tratamiento farmacológicoNivel 1
- Realización/informe de procedimientos diagnósticos/terapéuticos Nivel 1, 2 ó 3*
- Información a paciente/familiares. Nivel 1
- Decisión de alta hospitalaria. Nivel 2

* El nivel apropiado será decidido por el especialista que supervise el procedimiento, en función de las habilidades del residente y de la complejidad de la prueba.

D. Actividades en la Sala de Hospitalización.

Tutores de residentes

Los tutores de residentes deben planificar , evaluar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente en formación a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo. Así, como asignar a un facultativo de su especialidad como encargado de la supervisión de la labor asistencial de cada residente en su servicio, que se realizará en función de su nivel de responsabilidad.

Residentes de primer año

- El médico residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que se trata de un licenciado en medicina y cirugía, siendo su derecho recibir docencia y supervisión , pero incluyendo su deber de prestar labor asistencial.
- El residente estará siempre supervisado físicamente y no puede firmar solo altas y otros documentos importantes con implicaciones sobre el paciente (cambios de tratamiento, indicación técnicas diagnósticas/terapéuticas invasivas...)

- El residente de primer año puede escribir notas de evolución en el Orion y firmarlas figurando siempre el adjunto al inicio de la misma, que será el encargado de supervisar la misma.
- El residente de primer año puede elaborar altas en el Orion , asignar a un facultativo responsable y firmarla tras el visto bueno del adjunto responsable. Posteriormente dicho adjunto debe entrar con su sesión en el informe de alta del paciente y firmarla también. Nunca debe irse un paciente sin la firma en el alta del médico especialista responsable.
- Conforme el residente avanza en el año de residencia y va adquiriendo competencias en sus rotatorios, así como debido a su formación previa (otra especialidad) se debe individualizar el nivel de responsabilidad de cada uno, pudiendo variar de unos residentes a otros. Dicha tarea recae sobre el tutor de su especialidad, debiendo dejarlo por escrito.
- Las guardias de urgencias se registran por el protocolo de supervisión de urgencias.

Residentes de segundo y tercer año

- Según mejore su competencia profesional su responsabilidad irá aumentando de manera progresiva, con un grado de supervisión menor que se adecuará a las diferentes habilidades de cada especialidad.
- Los niveles de responsabilidad serán asignados por los tutores de la especialidad- jefe de servicio y deberá ser aprobado por la comisión de docencia.

Residentes de cuarto y quinto año

- Practicamente todas su actividad se realizará sin estar tutelada directamente, aunque pueden solicitar ayuda a cualquier especialista del servicio si lo requieren, debiendo éstos estar accesibles
- Puede en ciertas habilidades/competencias supervisar a un residente menor , siempre y cuando haya un adjunto asignado y localizable.

Habilidades / competencias generales

A continuación detallamos una serie de habilidades comunes a todos los residentes con su nivel de responsabilidad según su año de residencia.

Las competencias propias de cada especialidad deberán ser asignadas el nivel de responsabilidad por el propio servicio en su protocolo de supervisión por parte de tutores y jefe de servicio.

HABILIDAD**NIVEL DE RESPONSABILIDAD**

	R1	R2	R3	R4-R5
Presentarse e informar al paciente y familiares	2	1	1	1
Comunicación de malas noticias	3	2	1	1
Realización anamnesis y exploración física	1	1	1	1
Solicitar e interpretar pruebas complementarias básicas: Analítica y radiografía y semiología clínica	2	1	1	1
Solicitar pruebas diagnosticas especiales	3	2	1	1
Decisión ingreso/ alta hospitalaria	3	2	2	1
Elaboracion de un informe de alta	2	1	1	1
Valoración y atención inicial de un paciente con patología aguda grave	2	1	1	1
Conocer y practicar adecuadamente RCP básica	1	1	1	1
Conocer y practicar adecuadamente RCP avanzada	3	2	1	1
Indicación e interpretación del ECG , especialmente para identificar patologías	2	2	1	1

D. Actividades en el Área Quirúrgica.

Por las connotaciones especiales de las actividades realizadas en el área quirúrgica, de forma genérica y salvo excepciones, todo residente deberá tener asignado un adjunto del servicio que se responsabilice de su supervisión, independientemente del año de residencia y del nivel de responsabilidad asignado. Así mismo, en este punto resulta de vital importancia la comunicación entre el tutor, los adjuntos responsables, y el Jefe de Servicio.

Niveles de responsabilidad por año de residencia

Debido a la gran variabilidad de tipo y complejidad de las intervenciones en las diferentes especialidades quirúrgicas resulta imposible establecer unos niveles de responsabilidad a nivel genérico.

En los programas docentes de cada especialidad vienen definidos de forma detallada las diversas intervenciones y el nivel de autonomía del residente por

año de residencia Por lo que se remite a dichos programas docentes y, en su defecto, a los respectivos itinerarios docentes.