

# **GUÍA FORMATIVA 2017-2018**

**Unidad Docente de Cirugía Ortopédica y Traumatología**

## **INDICE**

- 1- Organización general del Servicio**
- 2- Plan docente de residentes HUIE**
- 3- Anexo 1: Rotaciones durante el periodo de residencia**
- 4- Anexo 2: Bibliografía básica recomendada para el periodo de formación**
- 5- Anexo 3: Programa básico de asistencia a cursos**
- 6- Anexo 4: Sesiones teóricas, bibliográficas y casos clínicos**
- 7- Anexo 5: Objetivos docentes de las rotaciones**
- 8- Anexo 6: Registro oficial de tutorías**

**Fecha de actualización: Mayo 2017**

**Autor: Francisco Javier Cervero Suárez**

## 1- ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SERVICIO

- **Jefe de Servicio:** Alberto Francés Borrego
- **Jefe de Sección:** Juan Carlos Márquez Ambite
- **Tutores de residentes:** Alberto Frances, Francisco Javier Cervero Suárez
- **Adjuntos:** Cristóbal Suárez Rueda, Sergio Díaz Blanco, Francisco Javier Cervero Suárez, Carlos Martínez Limón, Elena Villarrubia García, Rodrigo Antón Mateo, Elena Gálvez Sirvant, Patricia Crespo Lastras, Armando Macera, Marta Olmeda, Pablo Vadillo Cardona, Jacek Stefan Sloniec, Martín Castañeda, José Bendayán Sután, Juan Humberto Rodríguez Menéndez, Isabel Soler Ivañez
- **Residentes:** Raquel Serrano Serrano, Francesca Teodonno, Hugo Garlito Díaz, Daniel López Dorado, Alberto Abad Arevalillo

**Consultas Externas:** El Servicio cuenta con 8 consultas y una sala de curas, situadas en la primera planta del hospital, adjuntas a la sala de espera F1. En ellas se atienden las primeras consultas y las revisiones resultantes de la atención especializada y de los procesos quirúrgicos. Una de ellas se dedica a las revisiones generadas por la atención en Urgencias (1-42), siendo a su vez la sala de yesos.

**Área de Hospitalización:** compartida con el resto de servicios quirúrgicos, a excepción de Ginecología. Situada en la planta 2 del hospital.

**Área quirúrgica:** los quirófanos asignados al Servicio de Traumatología suelen ser el 3, el 4 y el 8. Se accede a ellos a través de la CMA, que hace de sala de recuperación para los pacientes intervenidos. Situados en la planta 1. Diferente asignación según el día de la semana.

**Sala de Sesiones:** ubicada actualmente en la segunda planta.

**Área de Urgencias:** atendida por la sección médico-quirúrgica del Servicio de Urgencias. Situada en la planta 0.

### Horario de Trabajo

La jornada empieza a las 8 de la mañana con una sesión clínica en la sala de sesiones donde se repasan todos los ingresos del día anterior y se hace un pase de planta de los pacientes ingresados. A esta sesión acude siempre un adjunto del Servicio de Geriátrica, pues las cuestiones no ortopédicas de los pacientes mayores de 75 años son valoradas y seguidas por ellos.

A partir de las 15.00 comienza la asistencia continuada, quedando un adjunto y un residente de guardia hasta las 8 de la mañana del día siguiente.

## 2- PLAN DOCENTE DE RESIDENTES HUIE

El plan docente es el dictado por la **Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología**, recogido en la guía de Formación de Especialidades publicado por el Ministerio de Sanidad.

**Duración de la Formación:** 5 años

**Objetivo:** la preparación teórica y práctica para que el médico interno residente de Traumatología y Cirugía Ortopédica sea capaz de realizar una valoración clínica, diagnosticar, prevenir y tratar por medios quirúrgicos o conservadores al paciente portador de enfermedad congénita o adquirida traumática u ortopédica que le deforme o altere la función del aparato locomotor.

Durante todo el periodo de residencia el residente se hallará bajo la supervisión y dirección de un adjunto del servicio.

**Organización diaria:** el puesto asignado que le corresponde cada día al residente vendrá dado por la unidad de rotación en la que se encuentre en cada momento. Sin embargo, debido a las necesidades asistenciales del Servicio su puesto podrá desplazarse a otro lugar si no queda más remedio. En todo caso, se intentará en la medida de lo posible que esto ocurra el menor número de veces.

El residente de último año será el encargado de distribuir a todos los residentes de acuerdo al planning general de adjuntos que se publica periódicamente. El tutor de residentes será el responsable de supervisarlos antes de que se haga oficial.

El pase de planta diario es responsabilidad del residente. Cada uno se hará cargo de aquellos pacientes que hayan ingresado durante su guardia o que haya estado en su cirugía. En caso de dudas o de ausencias del residente responsable, el residente de último año será el encargado de redistribuir los pacientes. Con el fin de agilizar las altas y dar instrucciones al personal de enfermería, cada residente hará un pase de visita al acabar la sesión clínica, teniendo en cuenta que debe de estar no más tarde de las 9.00 (las 10 martes y jueves) en su quirófano correspondiente. Posteriormente a lo largo de la mañana realizará las tareas pendientes que no se hayan podido completar a primera hora.

El residente de primer año no podrá dar altas por su cuenta. Necesitará la supervisión directa y por escrito del adjunto responsable.

**Rotaciones:** para completar su formación el residente ampliará sus conocimientos mediante la rotación en servicios de otras especialidades o en servicios de Traumatología de otros hospitales. Algunas de esas rotaciones son fijas y obligatorias, mientras que otras son optativas y pueden variar según las preferencias personales del residente.

El desarrollo específico de las rotaciones se desarrolla de manera específica en el anexo 1.

Los objetivos docentes detallados de cada rotación se encuentran recogidos en el anexo 5

**Guardias:** El residente realizará un total de 6 guardias mensuales de presencia física, siempre supervisado por un facultativo de Traumatología. Estas 6 guardias se repartirán de manera que todos los fines de semana y festivos queden cubiertos.

El busca será llevado por el residente por las mañanas, preferiblemente por aquel que esté de guardia o, si éste se encuentra en quirófano, por el que se encuentre desarrollando su trabajo en Consultas Externas. Cualquier actuación o decisión que necesite de la supervisión de un adjunto, se comentará preferentemente con el adjunto que esté de guardia ese día. Si éste no estuviera disponible, se le comentará al adjunto que esté a cargo de la consulta de revisión de Urgencias (1-42).

Es obligación del residente estar durante toda la guardia en el servicio de urgencias viendo los pacientes que filtren en el triaje a cargo de Traumatología. Sin embargo, se asume que por razones asistenciales en quirófano y en planta, el residente tendrá que abandonar durante periodos concretos de la guardia su puesto en Urgencias.

**Sesiones clínicas diarias:** El residente saliente de guardia es el encargado de preparar la sesión diaria comentando los ingresos de los pacientes, la cirugía urgente realizada y otras incidencias que puedan haber acontecido a lo largo de la guardia.

Los martes la sesión se prolonga hasta las 9.15 para presentar casos clínicos complejos por parte de adjuntos y residentes, así como presentaciones comerciales de productos relacionados con la especialidad.

Los viernes se alternan las sesiones clínico teóricas con sesiones bibliográficas y de revisión de patología ortopédica y traumatológica. Estas sesiones serán impartidas preferentemente por los residentes, aunque los adjuntos también colaborarán. Se interrumpirán durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre. Serán asignadas de manera anual por el tutor de residentes mediante un planning que recordará de manera semanal la sesión y el residente responsable de darla.

Asimismo, se presentará una vez al año casos clínicos y sesiones generales en la Sesión General del Hospital, en colaboración con otros servicios, y será responsabilidad del residente más antiguo.

Más información acerca de las sesiones y su contenido se encuentra recogido en el Anexo 4.

**Material de apoyo:** El Tutor de residentes se encargará de proponer y actualizar la relación de textos básicos sobre exploración y diagnóstico, manuales de introducción a la especialidad y al tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor. El Servicio cuenta con una biblioteca con los principales textos de la especialidad, a la que el residente tiene libre acceso. La relación de textos viene especificada en el anexo 2.

**Asistencia a Congresos, Cursos y participación en reuniones:** Existen una serie de cursos, seminarios y congresos a los que se considera básica la asistencia. Estos cursos se especifican en el anexo 3.

Sin embargo, previa justificación, el residente puede asistir a otros cursos más específicos si se considera que puede contribuir de una manera efectiva a su formación.

Los tutores de residentes prestarán el apoyo necesario para que el residente pueda asistir a cursos y congresos.

Debido a que algunos de estos cursos se encuentran becados por la Sociedad Española de Cirugía ortopédica y traumatología, es recomendable que el residente se haga socio de esta sociedad científica.

Se fomentará que los residentes lleven presentaciones científicas a los congresos a los que acudan. El residente se comprometerá a redactar un informe que presentará

en sesión clínica o, en el caso de haber llevado presentaciones científicas, la expondrá en el propio servicio.

Además el residente en formación deberá asistir a los Cursos de Formación específicos que programe la Comisión de Docencia del hospital.

**Actividad Científica:** El residente debe de estar implicado durante todo de periodo formativo en la elaboración de estudios de investigación clínica. Estos estudios servirán como método de auditoria interna y para la introducción de nuevos protocolos de actuación clínica dentro del propio Servicio.

Los trabajos de investigación serán dirigidos por cualquiera de los miembros del Servicio con los conocimientos y la experiencia adecuada en el tema. Se contará con el apoyo de la Unidad de Investigación de la Fundación Jiménez Díaz para el asesoramiento estadístico y epidemiológico.

El residente deberá realizar al menos dos trabajos durante su periodo formativo, uno de los cuales deberá tener el formato de tesina o proyecto de investigación, por lo que se aconseja su iniciación con al menos dos años de anticipación.

El residente del último año se presentará a la convocatoria anual del examen de fin de residencia/EBBOT organizado por la SECOT.

Dada la característica de Hospital Universitario vinculado a la Universidad Francisco de Vitoria que tiene nuestro centro, es deseable que los residentes participen activamente en la formación de los estudiantes de licenciatura en los periodos de rotaciones prácticas por nuestro Servicio. Esta participación se reconocerá oficialmente a través de la figura del “colaborador docente clínico” mediante los convenios establecido entre Universidad y Hospital.

**Tutorías:** Se realizaran un mínimo de cuatro tutorías al año personales. Durante la tutoría se comentará con el tutor la consecución de los objetivos marcados, las incidencias, las rotaciones, los proyectos científicos en ejecución y cualquier otro tema relacionado con la formación. Todos los asuntos tratados quedarán reflejados por escrito en un registro oficial de tutoría de la reunión que se adjunta en el anexo 6.

Aparte de las tutorías personales, se llevarán a cabo reuniones periódicas con el jefe de Servicio a petición de éste o del tutor para tratar temas concretos de la organización o del trabajo. Las actas de estas reuniones serán colgadas en el tablón del Servicio para conocimiento de todos.

**Evaluación anual:** Al final de cada curso académico el tutor realizará una evaluación anual de cada residente con la hoja de evaluación que facilite la Comisión de Docencia, incluyéndose las calificaciones de las rotaciones llevadas a cabo durante ese año. Es responsabilidad del residente entregar al tutor al final de cada rotación la hoja oficial de evaluación firmada por el responsable de la unidad docente donde haya estado rotando. Estas hojas se encuentran colgadas en la intranet del hospital, en el portal de la comisión e docencia.

**Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente:** de acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el 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.

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.

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.

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.

Cuando por motivos de urgencia vital se precise la intervención de un residente sin que en ese momento pueda ser supervisado (de forma presencial o no, dependiendo del año de residencia y circunstancias de cada caso), estará obligado a dejar constancia de su intervención en la historia clínica, dando cuenta de su actuación tanto a sus tutores como a los especialistas de la unidad asistencial en la que se ha producido la urgencia.

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.

**Pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud:** de acuerdo con la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, los residentes en formación estarán obligados a presentar de forma visible la tarjeta identificativa proporcionada por la dirección del centro, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y demás profesionales del centro.

Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente y para preservar la intimidad de éste, durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres residentes/paciente, sin perjuicio de la participación de otros, mediante la utilización consentida de pantallas en otra sala. Asimismo la secuencia de repetición con grupos diferentes se planificará en tiempos razonables de tal forma que no resulte molesta o intimidatoria para el paciente.

Los residentes en formación de cualquier año, por ser personal asistencial y trabajadores del Centro, tienen derecho a acceder a la historia clínica de los pacientes implicados en las actuaciones asistenciales que realicen en cada momento. No consultar ni cumplimentar los actos asistenciales en la historia clínica puede tener

repercusiones en la seguridad de los pacientes y legales por mala praxis clínico-asistencial.

Tanto residentes como alumnos están sometidos al deber de confidencialidad/ secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente. El deber de confidencialidad afecta no solo a «datos íntimos» (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento. El deber de confidencialidad/secreto no solo se refiere a los datos contenidos en la historia clínica del paciente sino también a los que se ha tenido acceso mediante comunicación verbal, grabaciones, videos, así como a los contenidos en cualquier tipo de archivo informático, electrónico, telemático o registro público o privado, incluidos los referidos al grado de discapacidad e información genética.

## **ANEXO I: ROTACIONES DURANTE EL PERIODO DE RESIDENCIA**

Aunque existe variabilidad entre las diferentes unidades docentes, existen una serie de recomendaciones generales impartidas desde la Comisión Nacional de Especialidades. Algunas de estas recomendaciones tienen carácter obligatorio.

Se considera conveniente la incorporación inicial del residente a la unidad docente propia antes de comenzar las rotaciones para darle la oportunidad de valorar lo adecuado de su elección, y para que establezca desde el principio los conocimientos oportunos para ir integrándose en la función asistencial de manera progresiva.

Se considera obligatoria la formación en protección radiológica tal como exige la normativa comunitaria. También se considera obligatoria la rotación en Atención Primaria, sin embargo, consultada la CNEM, de momento esta norma no ha entrado en vigor, por lo que a efectos prácticos se mantiene como opcional. En nuestra Unidad Docente esta rotación se hace dentro del Servicio con el Dr. Diaz en la Unidad Primaria/medicina del deporte durante el segundo año de residencia.

Las rotaciones específicas son aquellas que conciernen a los diferentes campos o subespecialidades de la propia especialidad. Estas rotaciones se llevarán a cabo dentro del Servicio. Cuando la unidad docente carezca de experiencia, la infraestructura o de patología suficiente en alguno de los campos de la especialidad, se podrá programar la rotación fuera del mismo. En estos casos, no se considerarán rotaciones fuera de su unidad docente a efectos del cálculo global de tiempo de rotaciones fuera de su unidad.

Las rotaciones no específicas son aquellas que se llevan a cabo en otras especialidades cuyo campo de actuación guarda relación con la especialidad que está cursando el residente. Se dividen en prioritarias y optativas.

Las rotaciones prioritarias u obligatorias y tienen una duración de 3 meses. Se recomienda hacerlas durante los tres primeros años de residencia: Anestesiología y Reanimación (pudiendo combinarse con Medicina Intensiva), Angiología y Cirugía Vasculosa y Cirugía Plástica.

Las rotaciones optativas son Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Torácica, Rehabilitación, Neurocirugía, Neurología y Reumatología. Su duración es de dos meses. Se recomienda hacer un mínimo de dos y un máximo de tres durante el periodo de residencia.

El residente podrá permanecer fuera de la unidad docente un máximo de 12 meses a lo largo de todo su periodo formativo.

## **CRONOGRAMA GENERAL RECOMENDADO POR EL MINISTERIO**

Primer año: 6 meses iniciales en COT y rotación prioritaria en Anestesia de 3 meses.

Segundo año: 9 meses en COT y otra rotación prioritaria de 3 meses.

Tercer a quinto año: una rotación prioritaria de 3 meses, entre dos y tres optativas de 2 meses y una rotación en un centro extranjero de 3 meses.

## **CRONOGRAMA ESPECÍFICO DEL HOSPITAL INFANTA ELENA**

### PRIMER AÑO

- curso de protección radiológica impartido en Fundación Jiménez Díaz durante las Jornadas de Integración de Residentes.
- 10 meses iniciales en COT
- 1 mes de rotación prioritaria en Anestesia/UCI
- 1 mes de una rotación optativa (Cirugía General)

### SEGUNDO AÑO

- 10,5 meses en COT (Unidades de patología del Pie, Primaria e Infantil)
- 1,5 meses de rotación prioritaria en Cirugía Vasculat

### TERCER AÑO

- 9,5 meses en COT (Unidades de Miembro Superior y de Artroscopia)
- 1 mes de rotación prioritaria en Cirugía Plástica/Microcirugía FREMAP
- 1,5 meses de rotación optativa (Unidad Traumatología 12 de Octubre)

### CUARTO AÑO

- 7 meses en COT (Unidades de Columna y Artroplastia)
- 2 meses de rotación externa en Unidad de Tumores de Hospital La Paz
- 3 meses de rotación externa en Hospital Niño Jesús

### QUINTO AÑO

- 3 meses de rotación en centro extranjero
- 9 meses en COT (Artroplastia, Artroscopia y libre elección dentro del propio Servicio)

	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	
R1	FJD	COT					Anetesia/Uvi		Opt				
		L	M	X	J	V							
		Qx	Rx	Cta	Urg	Qx							
R2	COT								C. Vasculat				
	Rev. urgen			Primaria/Dep			Pie/Infantil						
R3	COT						Opt		C. Plástica				
	Miembro Sup			Artroscopia									
R4	COT						Tumores		Niño Jesús				
	Artroplastia			Columna									
R5	Extranjero		COT										
	Artroplastia			Artroscopia			Libre elecc.						

## **ANEXO 2: BIBLIOGRAFÍA BÁSICA RECOMENDADA PARA EL PERIODO DE FORMACIÓN**

- McRae, Ortopedia y Fracturas. Exploración y Tratamiento. Ed Marban.
- Rockwood & Green´s. Fracturas en el adulto. Ed Marban.
- Rockwood & Green´s. Fracturas en el niño. Ed Marban.
- Campbell. Cirugía Ortopédica. Ed Mosby/Elsevier.
- Principios de la AO en el tratamiento de las fracturas. Ed Masson.
- Hoppenfield. Vías de abordaje en Ortopedia y Traumatología. Ed Lippincot.
- Green´s. Cirugía de la Mano. Ed Marban.
- Rockwood. Hombro. Ed Marban.
- Insall-Scott. Rodilla. Ed Marban.
- Sledge. Cadera. Ed Lippincot.
- Mann. Pie y tobillo. Ed Lippincot.
- Frymoyer. Cirugía de la Columna. Ed Lippincot.
- Mcguinty. Artroscopia. Ed Lippincot.

### **ANEXO 3: PROGRAMA BÁSICO DE ASISTENCIA A CURSOS**

Se procurará que todos los residentes asistan a una serie de cursos establecidos en función de su año de residencia. Algunos de ellos son cursos transversales obligatorios, recomendados por el ministerio y organizados en la FJD.

Sin embargo, debido a la variación en la oferta de los mismos de año en año, este listado será frecuentemente modificado:

#### **R1**

- Curso de protección radiológica en la FJD
- Curso de Introducción a la especialidad de la SECOT
- Taller de lectura crítica
- Taller de búsqueda bibliográfica

#### **R2**

- Curso básico de la AO
- Curso de patología del pie y tobillo de Villadot, Barcelona
- Asistencia a congreso nacional de la especialidad con poster o ponencia
- Taller de lectura crítica
- Taller de metodología a la investigación

#### **R3**

- Curso básico de artroscopia o curso de mano o miembro superior
- Curso básico de enclavado endomedular SECOT
- Asistencia a congreso nacional de la especialidad con poster o ponencia
- Taller de medicina basada en la evidencia

#### **R4**

- Cursos patología de raquis
- Curso cirugía reconstructiva miembro inferior
- Asistencia a congreso nacional de la especialidad con poster o ponencia
- Taller de seguridad del paciente

#### **R5**

- Curso de revisión de la especialidad Luis Munuera
- Libre elección en función de preferencias personales del residente

Los cursos no programados que surjan a lo largo del año, serán repartidos en función del campo de interés y de la disponibilidad de asistencia del residente en ese momento.

En el caso de que un año no exista un curso concreto orientado a residentes de alguna de los campos arriba descritos, se intentarán cambiar por la asistencia a algún congreso específico del mismo campo de interés.

## **ANEXO 4: SESIONES TEÓRICAS, BIBLIOGRÁFICAS Y CASOS CLÍNICOS**

**Sesiones teóricas:** se revisará un tema de la especialidad por parte del residente.

**Sesiones bibliográficas:** se revisará un artículo publicado en alguna de las principales revistas de la especialidad.

**Caso clínico:** se expondrá un caso clínico, preferentemente cerrado, y se hará un breve resumen de cuál es el estado actual en la bibliografía de ese tipo de patología. En todos los casos la duración de la sesión será de 10 minutos de exposición y 15 minutos de discusión, llevándose a cabo tras la sesión clínica ordinaria del viernes o el martes en el caso de casos clínicos. La periodicidad será cada semana, y el orden vendrá dado por un calendario establecido a principios del curso.

Aquellos residentes que realicen una rotación externa, deberán presentar una sesión acerca de la misma a su vuelta al Servicio. En ella explicarán los aspectos más importantes de la misma, las patologías más frecuentes que tuvieron ocasión de presenciar, los tratamientos llevados a cabo y cualquier otro tema que pueda resultar interesante para el Servicio y para el resto de residentes.

En el caso de que el residente al que le corresponda dar la sesión se encuentre fuera del Servicio por rotación o curso, será sustituido por el inmediatamente inferior. Una vez que aquel se haya reincorporado, le devolverá el cambio.

Los trabajos que vayan a ser llevados a congresos serán presentados previamente ante el Servicio con el fin de ayudar y preparar al residente para la exposición en público. En el caso de que se necesite algún día extra para poder presentarlo, el día elegido será el martes tras la sesión de casos clínicos.

El tutor se encargará de confeccionar un listado actualizado a lo largo del año con todas las sesiones presentadas y sus autores correspondientes. Al final de cada año docente se guardará una copia del listado de sesiones presentadas para que quede constancia de la labor docente.

## **ANEXO 5: OBJETIVOS DOCENTES DE LAS ROTACIONES**

## OBJETIVOS DOCENTES DE LA ROTACIÓN EN LA UNIDAD DE ARTROPLASTIA

Periodo de rotación: 4 meses.

Centro: Hospital Universitario Infanta Elena (Unidad de Artroplastia).

El objeto de la presente rotación es formar al residente en el diagnóstico y tratamiento de la patología ortopédica más frecuente del miembro inferior. Al finalizar la rotación el residente debe ser capaz de describir la patogénesis y las alternativas terapéuticas de las siguientes patologías:

- Artritis degenerativa de la cadera y de la rodilla
- Artritis inflamatoria de la cadera y de la rodilla
- Osteonecrosis de la cadera y de la rodilla
- Fracaso de artroplastia de cadera y de rodilla

Asimismo deberá dominar al final la rotación las indicaciones y complicaciones de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- Artroplastia primaria de cadera y rodilla
- Artroplastia de revisión de cadera y rodilla
- Osteotomías de la cadera y la rodilla
- Principios básicos de la cirugía asistida por ordenador

Objetivos:

1.- Realización de historia clínica: elaboración de al menos 70 historias clínicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera valoración a la consulta de Artroplastia.

2.- Realización de exploración física: realización de al menos 70 exploraciones ortopédicas estructuradas en pacientes que acuden a una primera consulta de Artroplastia. Debe hacerse especial hincapié en la interpretación de los distintos signos y síntomas que permiten hacer diagnóstico diferencial con patologías que presentan clínica similar perteneciendo a otras áreas de la especialidad.

3.- Interpretación de pruebas diagnósticas específicas: analíticas, radiología simple, ecografía, resonancia, TAC y Gammagrafías.

4.- Artrocentesis: realizar al menos 5 artrocentesis articulares con la interpretación posterior del resultado analítico del líquido articular extraído.

5.- Dominio de las técnicas de terapia cortico-anestésica en los principales puntos de infiltración de cadera y rodilla.

6.- Preparación preoperatoria: elaboración del preoperatorio completo de 25 pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico con especial atención a la petición de pruebas complementarias necesarias. Planificación preoperatoria de osteotomías correctoras. Estimación preoperatoria de problemas que pueden aparecer al realizar un cirugía de sustitución protésica. Minimización de disimetrías.

7- Dominar las principales vías de abordaje anterolateral de la cadera y conocer la vía posterior con reinserción de la musculatura rotadora.

8.- Asistencia a todos los quirófanos con los miembros de la Unidad. El residente deberá adquirir las siguientes habilidades quirúrgicas de cara a poder realizar como primer cirujano los siguientes procedimientos:

- Sobre la cadera:
  - Realización de artroplastias parciales de cadera cementadas (al menos 5).
  - Realización de artroplastias totales de cadera (al menos 3)
- Sobre la rodilla:
  - Realización de artroplastias totales de rodilla (al menos 5)

9.- Curso postoperatorio: Seguimiento postoperatorio durante la rotación de todos los pacientes ingresados con especial cuidado en el seguimiento de las heridas, descargas y pautas de rehabilitación.

10.-Seguimiento en consultas externas y sala de curas de todos los pacientes en los que el residente haya intervenido como primer cirujano.

11.- Participación en sesiones diarias del Servicio, en sesiones bibliográficas y de casos clínicos, en las reuniones interdisciplinarias con otros servicios y colaboración en trabajos de investigación y revisiones de historias

## **OBJETIVOS DOCENTES DE LA ROTACIÓN EN LA UNIDAD DE PIE – TOBILLO**

Periodo de rotación: 4 meses.

Centro: Hospital Universitario Infanta Elena (Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo).

El objeto de la presente rotación es formar al residente en el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente del pie y tobillo. Al finalizar la rotación el residente debe ser capaz de diagnosticar las principales patologías de este área así como ser capaz de realizar el tratamiento conservador (diseño de plantillas) y el tratamiento quirúrgico de las patologías más frecuentes.

Objetivos:

1.-Realización de historia clínica: elaboración de al menos 70 historias clínicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera valoración a la consulta de Pie – Tobillo.

2.- Realización de exploración física: realización de al menos 70 exploraciones ortopédicas estructuradas en pacientes que acuden a una primera consulta de Pié – Tobillo. Debe hacerse especial hincapié en la interpretación de las distintas hiperqueratosis plantares, alteraciones en el calzado y la marcha patológica así como en el uso del podoscopio.

3.- Interpretación de pruebas diagnósticas específicas con especial focalización en la interpretación de la radiografía del pie en carga.

4.- Conocimiento de la biomecánica del pie y del tobillo y sus aplicaciones a la práctica clínica como base de todo tratamiento médico, ortopédico o quirúrgico de su patología.

5.-Al terminar la rotación el residente deberá ser capaz de describir la patogenia, los hallazgos clínicos y exploratorios, los diagnósticos diferenciales y las alternativas terapéuticas de las siguientes patologías:

- Hallux Valgus
- Hallux Rigidus.
- Juanete de sastre.
- Metatarsalgias.
- Fascitis plantar y otras tendinopatías.
- Patología ligamentaria , inestabilidades.
- Lesiones osteocondros del tobillo.
- Artrosis del tobillo, tarso y metatarso.
- Artrosis de tobillo.
- Pie plano.
- Pie cavo.
- Patología de los dedos.
- Traumatología habitual del pie y tobillo.

6.- Dominio de las técnicas de terapia cortico-anestésica en los principales puntos de infiltración del pie y tobillo.

7.- Preparación preoperatoria: elaboración del preoperatorio completo de 25 pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico con especial atención a la petición de pruebas complementarias necesarias. Planificación preoperatoria de osteotomías correctoras.

8.- Asistencia a todos los quirófanos con los miembros de la Unidad. El residente deberá adquirir las siguientes habilidades quirúrgicas de cara a poder realizar como primer cirujano los siguientes procedimientos:

-Sobre el hallux valgus:

-Realización de técnicas básicas como Mc Bride, Keller Brandes Lelievre o Akin (al menos 10).

-Realización de osteotomías sobre el primer metatarsiano como Chevron o Scarf (al menos 5).

-Sobre metatarsalgias: Realización de osteotomías de Weil o proximales (al menos 10).

-Cirugía de los dedos menores: Tratamiento de dedos en garra (al menos 15)

-Traumatología de tobillo – pie: el residente debe estar presente e intentar la síntesis de las fracturas de tobillo que hubiera durante la rotación. Conocimiento y planificación de las placas y tornillos con especial cuidado en los tornillos transindesmales.

-Conocimiento de las osteotomías y artrodesis tarsianas.

-Asistencia a artroscopia de tobillo y navegación por la articulación.

9.- Curso postoperatorio: Seguimiento postoperatorio durante la rotación de todos los pacientes ingresados con especial cuidado en el seguimiento de las heridas, descargas e inmovilizaciones.

10.-Seguimiento en consultas externas y sala de curas de todos los pacientes en los que el residente haya intervenido como primer cirujano.

11.- Participación en sesiones diarias del Servicio, en sesiones bibliográficas y de casos clínicos, en las reuniones interdisciplinarias con otros servicios y colaboración en trabajos de investigación y revisiones de historias

## **OBJETIVOS DOCENTES ROTACION EN UNIDAD DE ARTROSCOPIA**

Periodo de rotación: 4 meses

Centro: Hospital Infanta Elena (Unidad de hombro/cadera/rodilla/muñeca/codo)

Rotación orientada para la formación del residente en lesiones traumáticas de hombro, de tipo deportivo así como degenerativas. Al acabar la rotación el residente deberá dominar aspectos de la evaluación clínica, el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico de las patologías más frecuentes del campo, focalizándose en lesiones del espacio subacromial y de la articulación glenohumeral.

El residente debe de demostrar conocimiento de la literatura actual de las lesiones que se vaya encontrando durante la rotación. Asimismo, deberá familiarizarse con las pautas de rehabilitación utilizados en los tratamientos ortopédicos y conservadores de la subespecialidad.

### **Objetivos**

1- Realización de historia clínica: elaboración de al menos 70 historias clínicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera valoración a la Consulta.

2- Realización de exploración física: realización de al menos 70 exploraciones ortopédicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera consulta.

3- Interpretación de pruebas diagnósticas específicas, con especial focalización en los hallazgos específicos en Resonancia Magnética de la patología propia de la subespecialidad.

4- Al terminar la rotación el residente rotante deberá de ser capaz de describir la patogénesis, los hallazgos clínicos y exploratorios, los diagnósticos diferenciales y las alternativas terapéuticas de las siguientes patologías:

- Compromiso subacromial y bursitis.
- Lesiones del manguito rotador: roturas degenerativas y agudas.
- Lesiones del labrum: Bankart, Hill-Sach, SLAP.
- Inestabilidad glenohumeral.
- Patología de la articulación acromioclavicular.
- Patología del TPLB.
- Lesiones osteocondrales glenohumerales.
- Tratamiento ortopédico y luxaciones de las fracturas del hombro
- Tratamiento quirúrgico de las fracturas y luxaciones del hombro
- Lesiones meniscales
- Lesiones LCA y LCP
- Lesiones osteocondrales
- Síndrome patelofemoral
- Lesiones osteocondrales del tobillo
- Lesiones fibrocartilago triangular de la muñeca
- Indicaciones de la artroscopia de codo
- Indicaciones de la artroscopia en el tratamiento de las fracturas articulares

5- Preparación preoperatoria: elaboración del preoperatorio completo en 25 pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico ortopédico artroscópico, con especial atención a las pruebas complementarias necesarias. Planificación preoperatoria.

6- Asistencia a quirófano al menos dos días a la semana. El residente rotante deberá adquirir las siguientes habilidades quirúrgicas :

- Conocer la colocación del paciente en la cirugía artroscópica y el instrumentaje quirúrgico básico
- Conocer las principales vías de abordaje del hombro
- Conocer los principales portales artroscópicos del hombro.
- Describir detalladamente los evaluación artroscópica de la articulación glenohumeral, el lábrum, lesiones SLAP, el manguito rotador y del espacio subacromial
- Describir detalladamente los pasos para realizar una descompresión subacromial, una tenodesis del tendón de la porción larga del bíceps, una resección del extremo distal de la clavícula, una reparación del manguito rotador y una reinserción del lábrum articular.
- Conocer los aspectos básicos de otras técnicas artroscópicas del hombro menos comunes como son la reparación de las luxaciones acromioclaviculares o las lesiones del subescapular
- Meniscectomía parcial (al menos 15) y sutura meniscal (al menos 1)
- Extracción de plastias autólogas HTH (1) e IT (1)
- Preparación de plastias autólogas y de donante
- Reconstrucción LCA (1)
- Técnicas de desbridamiento y refrescado de LOC. Reanclaje de LOC. Conceptos básicos de mosaicoplastia e injertos osteocondrales
- Asistencia de procedimientos quirúrgicos en los que se utilice la artroscopia como complemento a la osteosíntesis.
- Asistencia a procedimientos artroscópicos de codo y tobillo según disponibilidad.

7- Curso postoperatorio: seguimiento postoperatorio durante el ingreso de al menos 25 pacientes, con implicación en los cuidados diarios de la herida y los

dispositivos de inmovilización y rehabilitación si los hubiere. Elaboración del alta, recomendaciones postoperatorias y pautas de revisión en consultas externas.

8- Seguimiento en consultas externas de al menos 25 pacientes en los que el residente haya tenido implicación directa en el proceso terapéutico.

9- Asistencia al Servicio de Rehabilitación y sala de Fisioterapia para conocer de forma directa las pautas de rehabilitación postoperatoria. Preferentemente lo hará como un seguimiento cercano de aquellos pacientes en los que el residente haya tenido una implicación directa en el tratamiento quirúrgico (al menos 5).

10- Participación en las sesiones diarias del Servicio, en las sesiones bibliográficas y de casos clínicos, en las reuniones interdisciplinarias con otros servicios y colaboración en trabajos de investigación y revisiones de historias.

## **OBJETIVOS DOCENTES ROTACION EN UNIDAD DE MANO/MUÑECA/CODO**

Periodo de rotación:3-4 meses

Centro: Hospital Infanta Elena (Unidad Mano/Muñeca/Codo)

Rotación orientada para la formación del residente en lesiones traumáticas y degenerativas del miembro superior, a excepción del hombro. Al acabar la rotación el residente deberá dominar aspectos de la evaluación clínica, el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico de las patologías más frecuentes del campo.

El residente debe de demostrar conocimiento de la literatura actual de las lesiones que se vaya encontrando durante la rotación. Asimismo, deberá familiarizarse con las pautas de rehabilitación utilizados en los tratamientos ortopédicos y conservadores de la subespecialidad.

### **Objetivos**

1- Realización de historia clínica: elaboración de al menos 70 historias clínicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera valoración a la consulta primaria miembro superior.

2- Realización de exploración física: realización de al menos 70 exploraciones ortopédicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera consulta de miembro superior.

3- Interpretación de pruebas diagnósticas específicas, con especial focalización en los hallazgos específicos en Resonancia Magnética de la patología propia de la subespecialidad. Conocer las principales proyecciones radiológicas de la subespecialidad y su interpretación.

4- Al terminar la rotación el residente rotante deberá de ser capaz de dominar los siguientes aspectos de la subespecialidad:

- Conocimiento anatómico y fisiológico de las principales estructuras del miembro superior
- Fisiopatología básica de las principales alteraciones de la muñeca y el codo, así como sus bases anatómicas

- Mecanismos fisiológicos de reparación de las lesiones de tendones y nervios periféricos
- Examen físico y exploración de la mano, la muñeca y el codo
- Interpretación radiológica de las principales lesiones que afectan al miembro superior
- Tratamiento ortopédico de urgencia de las fracturas agudas de la mano y la muñeca, así como de las lesiones de partes blandas. Conocimiento de las inmovilizaciones y tiempos de inmovilización. Atención a los puntos de complicación de férulas y yesos.
- Interpretación de imágenes de Resonancia Magnética
- Interpretación de estudios neurofisiológicos
- Dominio de la exploración y el manejo de las principales patologías quirúrgicas que se pueden ver en una consulta de miembro superior: síndromes canaliculares del codo y de la muñeca, inestabilidades del carpo, fracturas metacarpales, falángicas, carpales y de radio distal, fracturas de antebrazo, codo y húmero, lesiones de tendones flexores y extensores, infecciones, y manejo básico de la patología artrósica y reumática de la mano
- Reconocer y enumerar las alternativas terapéuticas de las complicaciones: pseudoartrosis, lesiones neurovasculares, infección, inestabilidades y consolidación viciosa.
- Conocer el papel de la artroscopia de muñeca en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones de muñeca, así como su aplicación a la reducción abierta y fijación de fractura de radio distal
- Diagnóstico y tratamiento del síndrome regional complejo
- Conocimiento de las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la patología más frecuentes de la subespecialidad
- Protocolos de rehabilitación más habituales

5- Preparación preoperatoria: elaboración del preoperatorio completo en 25 pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico ortopédico, con especial atención a las pruebas complementarias necesarias. Planificación preoperatoria.

6- Asistencia a quirófano al menos dos días a la semana. El residente rotante deberá adquirir las siguientes habilidades quirúrgicas :

- Conocer la colocación del paciente en la cirugía de miembro superior y el instrumentaje quirúrgico básico
- Conocer las principales vías de abordaje del miembro superior, riesgos y complicaciones
- Conocer los principales portales artroscópicos de la muñeca y el codo.
- Describir detalladamente la evaluación artroscópica de la articulación del codo y de la muñeca
- Colgajos básicos de cobertura

7- Al finalizar la rotación el residente deberá de haber realizado como primer cirujano los siguientes procedimientos:

- Procedimientos básicos: síndrome del túnel del carpo (al menos 20), De Quervain (al menos 3), dedo en resorte (al menos 3), gangliones (al menos 5)
- Reducción abierta y fijación de fracturas de radio distal (al menos 1)
- Tenorrafia de lesiones tendinosas (al menos 1)
- Artroscopia diagnóstica de muñeca (al menos 1)
- Arthroplastia de interposición para el tratamiento de la rizartrrosis (al menos 1)

8- Curso postoperatorio: seguimiento postoperatorio durante el ingreso de al menos 25 pacientes, con implicación en los cuidados diarios de la herida y los

dispositivos de inmovilización y rehabilitación si los hubiere. Elaboración del alta, recomendaciones postoperatorias y pautas de revisión en consultas externas.

9- Seguimiento en consultas externas de al menos 25 pacientes en los que el residente haya tenido implicación directa en el proceso terapéutico.

10- Asistencia al Servicio de Rehabilitación y sala de Fisioterapia para conocer de forma directa las pautas de rehabilitación postoperatoria. Preferentemente lo hará como un seguimiento cercano de aquellos pacientes en los que el residente haya tenido una implicación directa en el tratamiento quirúrgico (al menos 5).

## **OBJETIVOS DOCENTES ROTACION EN UNIDAD DE HOMBRO**

Periodo de rotación: 4 meses

Centro: Hospital Infanta Elena (Unidad Hombro)

Rotación orientada para la formación del residente en lesiones traumáticas de hombro, de tipo deportivo así como degenerativas. Al acabar la rotación el residente deberá dominar aspectos de la evaluación clínica, el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico de las patologías más frecuentes del campo, focalizándose en lesiones del espacio subacromial y de la articulación glenohumeral.

El residente debe de demostrar conocimiento de la literatura actual de las lesiones que se vaya encontrando durante la rotación. Asimismo, deberá familiarizarse con las pautas de rehabilitación utilizados en los tratamientos ortopédicos y conservadores de la subespecialidad.

### **Objetivos**

1- Realización de historia clínica: elaboración de al menos 70 historias clínicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera valoración a la Consulta de Hombro.

2- Realización de exploración física: realización de al menos 70 exploraciones ortopédicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera consulta de hombro.

3- Interpretación de pruebas diagnósticas específicas, con especial focalización en los hallazgos específicos en Resonancia Magnética de la patología propia de la subespecialidad.

4- Al terminar la rotación el residente rotante deberá de ser capaz de describir la patogénesis, los hallazgos clínicos y exploratorios, los diagnósticos diferenciales y las alternativas terapéuticas de las siguientes patologías:

- Compromiso subacromial y bursitis.
- Lesiones del manguito rotador: roturas degenerativas y agudas.
- Lesiones del labrum: Bankart, Hill-Sach, SLAP.
- Inestabilidad glenohumeral.
- Patología de la articulación acromioclavicular.
- Patología del TPLB.
- Lesiones osteocondrales glenohumerales.
- Tratamiento ortopédico y luxaciones de las fracturas del hombro

- Tratamiento quirúrgico de las fracturas y luxaciones del hombro
- Artroplastia de hombro

5- Preparación preoperatoria: elaboración del preoperatorio completo en 25 pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico ortopédico, con especial atención a las pruebas complementarias necesarias. Planificación preoperatoria.

6- Asistencia a quirófano al menos dos días a la semana. El residente rotante deberá adquirir las siguientes habilidades quirúrgicas :

- Conocer la colocación del paciente en la cirugía de hombro y el instrumentaje quirúrgico básico
- Conocer las principales vías de abordaje del hombro
- Conocer los principales portales artroscópicos del hombro.
- Describir detalladamente los evaluación artroscópica de la articulación glenohumeral, el lábrum, lesiones SLAP, el manguito rotador y del espacio subacromial
- Describir detalladamente los pasos para realizar una descompresión subacromial, una tenodesis del tendón de la porción larga del bíceps, una resección del extremo distal de la clavícula, una reparación del manguito rotador y una reinserción del lábrum articular.
- Conocer los aspectos básicos de otras técnicas artroscópicas del hombro menos comunes como son la reparación de las luxaciones acromioclaviculares o las lesiones del subescapular

7- Al finalizar la rotación el residente deberá de haber realizado como primer cirujano los siguientes procedimientos:

Exploración y movilización del hombro patológico bajo anestesia (al menos 20)

- Dominar la realización de portales básicos para descompresión subacromial, reparación de manguito e inestabilidad recidivante
- Bursectomía y descompresión subacromial (al menos 8)
- Resecciones del extremo distal de la clavícula (al menos 5)

8- Curso postoperatorio: seguimiento postoperatorio durante el ingreso de al menos 25 pacientes, con implicación en los cuidados diarios de la herida y los dispositivos de inmovilización y rehabilitación si los hubiere. Elaboración del alta, recomendaciones postoperatorias y pautas de revisión en consultas externas.

9- Seguimiento en consultas externas de al menos 25 pacientes en los que el residente haya tenido implicación directa en el proceso terapéutico.

10- Asistencia al Servicio de Rehabilitación y sala de Fisioterapia para conocer de forma directa las pautas de rehabilitación postoperatoria. Preferentemente lo hará como un seguimiento cercano de aquellos pacientes en los que el residente haya tenido una implicación directa en el tratamiento quirúrgico (al menos 5).

11- Participación en las sesiones diarias del Servicio, en las sesiones bibliográficas y de casos clínicos, en las reuniones interdisciplinarias con otros servicios y colaboración en trabajos de investigación y revisiones de historias.

## **OBJETIVOS DOCENTES ROTACIONES EN CIRUGÍA VASCULAR**

Periodo de rotación: 2 meses

Centro: Fundación Jiménez Díaz (Servicio de Angiología y Cirugía Vascular)

Objetivos.

1- Realización de historia clínica vascular: elaboración de al menos 50 historias clínicas vasculares estructuradas en pacientes que acuden para una primera valoración a la consulta de Cirugía Vascular.

2- Realización de exploración física vascular: realización de al menos 50 exploraciones vasculares arteriales y venosas estructuradas en pacientes que acuden para una primera consulta de cirugía vascular.

3- Realizar 50 tomas de presiones segmentarias e índices tobillo-brazo.

4- Conocer las aplicaciones clínicas de la Pletismografía y el Eco-doppler arterial y venoso mediante la observación directa de 50 pruebas.

5- Preparación preoperatoria: elaboración del preoperatorio completo en 25 pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico vascular, con especial atención a las pruebas complementarias necesarias.

6- Curso postoperatorio: seguimiento postoperatorio durante el ingreso de al menos 15 pacientes, con implicación en los cuidados diarios de la herida y en la elaboración del alta, recomendaciones postoperatorias y pautas de revisión en consultas externas.

7- Asistencia a quirófano al menos dos días a la semana: conocer las principales vías de abordaje a vasos, las técnicas básicas del manejo de vasos, las indicaciones y funcionamiento del quirófano de intervencionismo vascular, las técnicas de amputaciones de miembros y el manejo de las lesiones vasculares agudas.

## **OBJETIVOS DOCENTES ROTACION ORTOPEDIA INFANTIL**

Periodo de rotación: 4 meses

Centro: HOSPITAL DEL NIÑO JESUS (Unidad de Ortopedia Infantil)

Objetivos.

1- Realización de historia clínica: elaboración de al menos 70 historias clínicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera valoración a la consulta de Ortopedia Infantil.

2- Realización de exploración física: realización de al menos 70 exploraciones ortopédicas estructuradas en pacientes que acuden para una primera consulta de Ortopedia Infantil.

3- Al terminar la rotación el residente rotante deberá de ser capaz de describir la patogénesis y las alternativas terapéuticas de las siguientes patologías:

- Fracturas infantiles, incluyendo extremidades inferiores y superiores, columna y pelvis. Tipos y clasificaciones.
- Epifisiolisis de cabeza femoral.
- Dolor lumbar, coxalgia y gonalgia en el paciente pediátrico y adolescente.
- Pie cavo, pie zambo, pie plano y coaliciones tarsales.
- Escoliosis idiopática, congénita y neuromuscular.
- Marcha intoeing, genu varo y genu valgo.
- Displasia de cadera
- Parálisis cerebral
- Enfermedades neurológicas y neuromusculares con componente ortopédico
- Artritis sépticas y osteomielitis.
- Síndromes displásicos esqueléticos
- Tumores benignos y malignos del niño
- Abuso y maltrato infantil

4- Preparación preoperatoria: elaboración del preoperatorio completo en 25 pacientes que vayan a recibir tratamiento quirúrgico ortopédico, con especial atención a las pruebas complementarias necesarias. Planificación preoperatoria de osteotomías, instrumentación espinal, fijadores externos y fijación de fracturas.

5- Asistencia a quirófano al menos dos días a la semana. El residente rotante deberá adquirir las siguientes habilidades quirúrgicas:

- Inmovilización con yesos, incluyendo espigas.
- Tratamiento abierto y cerrado de fracturas infantiles.
- Técnica y aplicación de yesos en el pie zambo (al menos 5).
- Tratamiento ortopédico en Urgencias de las fracturas que más frecuentemente requieren reducción e inmovilización: fracturas de radio y cúbito (al menos 30), fémur (al menos 10), tibia (al menos 20) y tobillo (al menos 30).
- Reducción cerrada y fijación con agujas K de fracturas supracondíleas de codo (al menos 5) y de radio distal (al menos 5).
- Abordaje de la columna y conocimiento de la técnica para colocar tornillos pediculares.
- Conocimiento de la anatomía quirúrgica de las diferentes vías de abordaje usadas en la especialidad.

6- Curso postoperatorio: seguimiento postoperatorio durante el ingreso de al menos 25 pacientes, con implicación en los cuidados diarios de la herida y los dispositivos de inmovilización y tracción si los hubiere. Elaboración del alta, recomendaciones postoperatorias y pautas de revisión en consultas externas.

7- Seguimiento en consultas externas de al menos 25 pacientes en los que el residente haya tenido implicación directa en el proceso terapéutico.

8- Realización de guardias de presencia física (5 al mes).

9- Participación en las sesiones diarias del Servicio, en las sesiones bibliográficas y de casos clínicos, en las reuniones interdisciplinarias con otros servicios y colaboración en trabajos de investigación y revisiones de historias.

## **ANEXO 6: REGISTRO DE TUTORIA PERIODICA RESIDENTES COT HOSPITAL INFANTA ELENA**

RESIDENTE:

FECHA:

REALIZADA POR:

### 1. ROTACIONES

1.1: Rotaciones internas realizadas

1.2: Rotaciones externas realizadas

1.2: Rotaciones pendientes de realizar

### 2. CURSOS:

2.1: Cursos asistidos

2.2: Cursos pendientes de solicitar

### 3. TRABAJOS CIENTIFICOS:

3.1: Trabajos realizados

3.2: Trabajos en producción

3.3: Proyectos

### 4. OTROS TEMAS

### 5. FECHA PROXIMA TUTORIA