

GUÍA / ITINERARIO FORMATIVO de Cirugía plástica y reparadora

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Duración 5 años

Aprobado en Comisión de Docencia el 17 de mayo de 2018

ELABORADO	REVISADO	VALIDADO
Tutors	Resp Asistenciales /Comissió de Docència	Comissió de Docència Fecha 17/05/2018

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 2 de 27

Índice

1. Introducción
 2. Estructura de la UUD
 3. Definición de la especialidad
 4. Definición de la competencia profesional
 5. Objetivos generales de la formación
 6. Metodología docente
 7. Plan de rotaciones
 8. Objetivos de aprendizaje específicos y actividades por cada año de formación
 - 8.1 Primer año
 - 8.2. Segundo año
 - 8.3 Tercer año
 - 8.4 Cuarto año
 - 8.5 Quinto año
 9. Sesiones clínicas
 10. Cursos para residentes y congresos
 11. Guardias
- Fuentes de información recomendadas

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 3 de 27

1. Introducción

El Hospital Universitari Vall d'Hebron está acreditado para la formación de dos residentes por año en la Unidad Docente de Cirugía Plástica y Reparadora. El núcleo de la unidad docente lo forma el Servicio de Cirugía plástica, con la participación de los Servicios de Cirugía general, Cirugía torácica, Cirugía vascular, Neurocirugía...

Tutores de residentes:

Dr. Vicente García Sánchez

Dr. Jordi Serracanta Domenech

Jefe de Servicio:

Dr. Joan Pere Barret Nerin

2. Estructura de la UDD

El Servicio de Cirugía Plástica y Quemados está dividido en cuatro Unidades:

- Unidad de Quemados: en ella se realiza el tratamiento integral del paciente quemado. En esta Unidad también se realiza la reconstrucción de extremidad inferior (patología en colaboración con Traumatología). Situada en Semisotano de ATR.
 - Recursos físicos: 1 quirófano diario integrado en la Unidad, Hospital de Día, 6 camas de quemados críticos, 16 camas de pequeños/medianos quemados, 4 camas de quemados pediátricos, sala de fisioterapia-Rehabilitación, Box de Urgencias
 - Recursos humanos: 4 médicos adjuntos, 2 residentes, 1 médico intensivista, rehabilitadores, fisioterapeutas, psiquiatra, psicólogo, enfermería, auxiliares, celadores, personal limpieza...
- Unidad de Cirugía Plástica General: Situada en 1ª planta de ATR. Se realizan intervenciones diariamente (número de quirófanos variable). En esta Unidad se realiza el tratamiento de unas patologías variadas.
 - UTC – Unidad de Tumores Cutáneos: tratamiento del Cáncer de piel.
 - Tratamiento de las UPP (Úlceras por presión): consultores de Unidad de lesionados medulares y Espina bífida
 - Tratamiento de las secuelas de la cirugía bariátrica
 - Tratamiento quirúrgico de la Parálisis facial
 - Traumatología facial (fracturas faciales), colaboraciones Neurocirugía, Cirugía General..
- Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica: se tratan malformaciones vasculares y otras, quemados pediátricos que por gravedad ingresan en UCI pediátrica, epidermolísis bullosa, reconstrucción postraumática de paciente pediátrico... Está situada en AMI, interviniéndose en los quirófanos de dicha área.
- Unidad de Reconstrucción Mamaria: situada en AMI, se realiza la reconstrucción mamaria inmediata y diferida, trabajando conjuntamente con la Unidad de Patología Mamaria. Las

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 4 de 27

reconstrucciones microquirúrgicas actualmente se realizan en los quirófanos del ATR semanalmente.

El Servicio consta de 13 médicos especialistas (Jefe de Servicio, 1 Jefe Clínico, 2 Responsables de área y 9 médicos adjuntos) y 9-10 residentes (variable según año).

3. Definición de la especialidad

Según consta en el Programa de la Especialidad, (R. DTO. 127/84) la Cirugía Plástica y Reparadora se encuentra en constante progreso, desarrollo y evolución. Se la denomina, de forma oficial, con terminología diferente según los países: Cirugía Plástica, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía Plástica y Reconstructiva así como Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, término pendiente de aprobación para la Especialidad en nuestro país.

En el Programa de la Especialidad, aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia (Resolución 15-7-86), ratificado y actualizado en 1996, la Cirugía Plástica y Reparadora (CPL) se define como una rama de la cirugía que se ocupa de la corrección quirúrgica de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o simplemente involutivo que requiera reparación o reposición de estructuras superficiales que afecten a la forma y función corporal, estando sus técnicas basadas en el trasplante y movilización de tejidos. Para esto se emplean injertos, plastias e implantes de material inerte.

Así pues es una especialidad relacionada tanto con la forma, implícita en el término “plástica”, como con los aspectos funcionales, sean estos la reanimación de una cara parálitica, la restauración de la función de una mano o la cobertura de los defectos del miembro inferior para permitir la marcha. Un sentido de la forma y la habilidad para realizar un juicio estético son cualidades críticas para cualquier cirujano plástico. Es raro que exista una intervención en nuestra especialidad que no requiera un criterio “estético”, desde la localización de las incisiones a la elección de determinada técnica frente a otras posibles. La CPL fue esencialmente “reconstructiva” hasta el siglo XX, lo que motivó la distinción posterior entre C. Estética y C. Reconstructiva. Esta división es un tanto artificial. Así como la mayoría de los procedimientos reconstructivos tienen un componente “estético” (p.ej. la reconstrucción mamaria), lo contrario también es cierto.

Distintas organizaciones mundiales, europeas y españolas definen la especialidad de Cirugía Plástica. Entre ellas cabe destacar la IPRAS (Internacional Confederation for Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery) que como asociación de 88 sociedades nacionales mundiales promueve el avance y el intercambio científico, patrocina reuniones y se ocupa de mejorar los estándares de la especialidad, y la FILACP (Federación Ibero-Latinoamericana) que engloba a España y Portugal y todos los países de habla hispano-lusa en el continente americano.

En Europa destaca la EURAPS (European Association of Plastic Surgeons). Por otra parte, la Cirugía Plástica es una de las 24 especialidades integrantes de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS).

En España, la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) tiene por objeto contribuir con todos los medios a su alcance al progreso científico y conocimiento práctico de la Cirugía Plástica. Esta misión se lleva a cabo mediante la celebración de sesiones científicas, edición y publicación periódica de la revista “Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana” y de publicaciones extemporáneas y la organización de cursos, conferencias, reuniones, exposiciones, etc.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 5 de 27

Tanto la cirugía estética como la cirugía reparadora o reconstructiva son partes de la cirugía plástica, especialidad que en nuestro país se conoce como Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. La cirugía estética se realiza para mejorar las estructuras normales del cuerpo con intención de aumentar el atractivo del paciente y su autoestima. La especialidad de Cirugía Estética como tal no existe, al igual que no existe el cirujano estético; sólo los cirujanos plástico están avalados oficialmente para la realización de cirugía estética. La cirugía estética no está incluida en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social.

La Cirugía Plástica es una especialidad quirúrgica que se ocupa de la corrección de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o simplemente involutivo, que requiera reparación o reposición, o que afecte a la forma y/o función corporal. Sus técnicas están basadas en el trasplante y la movilización de tejidos mediante injertos y colgajos o incluso implantes de material inerte.

La Cirugía Plástica Reparadora procura restaurar o mejorar la función y el aspecto físico en las lesiones causadas por accidentes y quemaduras, en enfermedades y tumores de la piel y tejidos de sostén y en anomalías congénitas, principalmente de cara, manos y genitales.

La Cirugía Plástica Estética, en cambio, trata con pacientes en general sanos y su objeto es la corrección de alteraciones de la norma estética con la finalidad de obtener una mayor armonía facial y corporal o de las secuelas producidas por el envejecimiento. Ello repercute en la estabilidad emocional mejorando la calidad de vida a través de las relaciones profesionales, afectivas, etc.

Determinadas situaciones o enfermedades son tratadas por el cirujano plástico; por ejemplo, cuando un niño nace con una malformación que afecta a la función o al aspecto físico normal o cuando se produce una anomalía física por un accidente, una enfermedad o por el propio envejecimiento.

También somos consultados ante problemas que afecten a la mano, problemas que exijan microcirugía, y problemas craneofaciales. Algunas situaciones urgentes también son tratadas por cirugía plástica, como las quemaduras, las heridas faciales, los traumatismos de la cara y las mordeduras.

Dentro la Cirugía Plástica hay ciertas patologías compartidas con otras especialidades, como la cirugía de la mano, que también es realizada por lo traumatólogos; en otros casos, la patología se realiza dentro de un equipo formado por distintos especialistas (neurocirujanos, otorrinos, etc.).

A continuación se citan algunos de los problemas que más frecuentemente maneja el cirujano plástico:

- Anomalías congénitas y patología del desarrollo:
 - Manchas de nacimiento, incluyendo lesiones vasculares y nevos congénitos
 - Anomalías del desarrollo de las mamas
 - Malformaciones de labio y paladar
 - Anomalías de la mano
 - Deformidades faciales y del cráneo
- Deformidades adquiridas, incluyendo aquellas causadas por traumatismo o enfermedad:
 - Cicatrices
 - Heridas, deformidades de los tejidos por traumatismo o enfermedad
 - Quemaduras y sus secuelas
 - Heridas con problemas de cicatrización, cicatrices que limitan el movimiento
 - Amputaciones de miembros o dedos

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 6 de 27

- Traumatismos del cráneo y de los huesos faciales
- Problemas de los párpados
- Lesiones de las manos, traumáticas o no
- Reconstrucción de la mama
- Tumores de la piel, de la cara y del cuello
- Problemas estéticos y relacionados con el envejecimiento:
 - Problemas de contorno corporal
 - Mamas caídas o muy voluminosas
 - Problemas cutáneos: arrugas, manchas, daño solar, tatuajes
 - Envejecimiento facial cutáneo y muscular
 - Pérdida del pelo
 - Características faciales: nariz, pómulos, barbilla

Historia

La Cirugía Plástica es una rama especializada de la cirugía dedicada a la reparación de las deformidades y la corrección de los defectos funcionales.

Etimológicamente el nombre deriva de dos vocablos griegos: “Girurugiiki” (cirugía, mano, obra) y “Plastikos” (moldear, dar forma), lo cual refleja el carácter artístico, artesanal de esta especialidad.

En 1798 Desault empleó por primera vez el término “Plastique” y posteriormente Von Graefe lo incorporó en su monografía “Rhinoplastik” (Berlín, 1818). Pero fue un cirujano alemán, Edmund Zeis quien lo popularizó al publicar en 1838 su tratado “Handbuch der Plastischen Chirurgie”, bautizando así a esta rama quirúrgica.

Los orígenes

Las bases de la Cirugía Plástica ya se encuentran en la Historia Antigua y representan el esfuerzo del hombre para tratar las heridas y los defectos infligidos por la naturaleza o por otros seres humanos. Podemos encontrar técnicas plásticas en documentos tan antiguos como los papiros egipcios (3000 a.J.) o en textos sánscritos de la antigua India (2600 a.J.). Sushruta en el año 600 a.J. describió intervenciones para la reconstrucción nasal (en aquella época la amputación nasal era un procedimiento frecuente para castigar la infidelidad), que son la base de técnicas actuales. En la época romana Celso (25 a.J.) empleó en sus clásicos escritos Demedicina diseños para movilizar tejidos que hoy denominamos colgajos de avance.

También el médico real bizantino, Orbasio, recogió en su enciclopedia médica Synagoge Medicae 2 volúmenes dedicados a la reconstrucción de defectos faciales, principalmente de la nariz. Además se describieron numerosos procedimientos desde el tratamiento de fracturas faciales hasta intervenciones de malformaciones del tracto urinario como el hipospadias.

La Edad Media

A pesar del uso continuo de métodos establecidos, la caída del imperio romano en el siglo V y la subsiguiente extensión de las tribus bárbaras provocaron una desafortunada parada en el desarrollo de la cirugía reconstructiva. El Cristianismo tampoco permitió que continuaran los avances en este terreno. En el siglo XIII el Papa Inocente III prohibió específicamente los procedimientos quirúrgicos.

La práctica de la medicina se convirtió en una experiencia etérea en la que debía evitarse el contacto con el paciente. El trabajo manual requerido para realizar operaciones era considerado

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 7 de 27

deshonroso y demostraba bajeza. El comienzo de la era de los cirujanos barberos todavía empeoró la reputación de la cirugía.

El Renacimiento

En el siglo XIV renacieron las Ciencias y con ellas la cirugía, esta vez con importantes contribuciones provenientes tanto de oriente como de occidente. El turco Sabuncuoglu describió técnicas originales para el tratamiento de la ginecomastia (desarrollo mamario en el varón), que se consideran las primeras indicaciones de extirpación de tejido glandular mamario por motivos estéticos, y base de las técnicas actuales de reducción mamaria.

Los hermanos Branca en Sicilia (s. XV) reintrodujeron el método hindú de reconstrucción nasal y lo modificaron utilizando un colgajo cutáneo del brazo. Gaspar Tagliacozzi (1545) es considerado un hombre clave en el desarrollo de la Cirugía Plástica por sus trabajos detallados sobre colgajos pediculados, especialmente para reconstrucción nasal. Sin embargo a finales del siglo XVI Europa entra en una nueva etapa de decadencia cultural, superstición e ignorancia científica.

Los Fundamentos de la Cirugía Plástica Moderna

En el siglo XIX, en cambio, se produce un resurgimiento de esta cirugía. El trabajo de Chopart de 1771 acerca de la reconstrucción labial con colgajos cervicales probablemente fue el disparador del nuevo interés por esta rama de la cirugía.

Durante esta época el progreso es espectacular, posiblemente asociado a los avances en la anestesia (el siglo de los cirujanos). Von Graefe emplea las técnicas de reconstrucción nasal durante las Guerras Napoleónicas; Dupuytren describe la fibromatosis palmar y clasifica las quemaduras según su profundidad; Von Langenbeck desarrolla el tratamiento de la fisura palatina, Sir Astley Cooper realiza el primer injerto cutáneo...sus importantes contribuciones han llegado hasta nuestros días. Es también el momento en que el término "Cirugía Plástica" se populariza y aparece como tal en diversos tratados.

El Nacimiento de la Cirugía Estética

El perfeccionamiento de las técnicas reconstructivas unido al descenso de los riesgos quirúrgicos que ofrecía la anestesia y la técnica estéril desarrollada por Lister, facilitaron que se comenzara a considerar el aplicar procedimientos plásticos para mejorar el aspecto de estructuras faciales, aunque estas no hubieran sido heridas o mutiladas.

El americano Jhon Roe es considerado el primer cirujano en realizar un abordaje estético nasal. Posteriormente el alemán Joseph publicó un análisis exhaustivo de la nariz, que incluía una clasificación y técnicas de reparación de las diversas alteraciones estéticas nasales. Por este importante trabajo es considerado el padre de la cirugía estética nasal.



Curiosamente ya en los comienzos se reconocieron problemas relacionados con la cirugía estética que continúan plenamente vigentes, como la dismorfofobia (percepción desfigurada de la propia imagen), que en el caso concreto de la nariz se denominó rinomanía.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 8 de 27

Las Guerras

A pesar del enorme desarrollo de las técnicas reconstructivas y estéticas durante el siglo XIX, la especialidad no existía como tal. Casi ningún cirujano se dedicaba de forma exclusiva a este campo, que no se consideraba prioritario y que no estaba destinado a salvar vidas.

La I Guerra Mundial es el punto crucial donde comienza a reconocerse la importancia de lo que hoy consideramos Cirugía Plástica. El enorme número de > pacientes heridos por proyectiles forzó la organización de centros especializados tanto en Europa como en Estados Unidos. De estos centros surgen los “padres” de muchas de las técnicas que actualmente empleamos y del instrumental requerido para ellas. Se amplía enormemente su campo de actuación y deja de estar confinada más o menos a la reconstrucción maxilofacial.

En Estados Unidos Wilray Papin Blair, cirujano de San Luis, establece el primer servicio específico de Cirugía Plástica en el Barnes Hospital de Washington University. Publica trabajos de referencia sobre reconstrucción mandibular y junto a Barret Brown desarrollan y perfeccionan la técnica de injerto cutáneo de espesor parcial.

En Francia Morestin crea y dirige uno de los primeros equipos dedicados a la Cirugía Plástica en el hospital militar Val de Grace de París. Entre sus grandes contribuciones se encuentra la idea de la disección subcutánea para el cierre de defectos sin tensión, la escisión seriada de lesiones amplias, o el refinamiento de las Z-plastias para la corrección de contracturas lineales. Morestin muere joven (49 años) de tuberculosis, pero su trabajo inspiró a sus discípulos que continuaron la labor iniciada. Uno de ellos fue el Británico Harold Gillies, que posteriormente fundó el Centro Reconstructivo del Hospital Queen Mary en Kent. Por su impresionante labor tanto en el desarrollo de nuevas técnicas, como en la educación de cirujanos plásticos de todo el mundo, fue nombrado caballero por la Reina de Inglaterra.

La Cirugía Plástica y Reconstructiva en definitiva captó la atención tanto del público como del mundo académico. Anteriormente el uso máscaras o prótesis era la única opción para los soldados mutilados, de pronto, casi milagrosamente, comenzaron a recuperar sus caras, la función de sus manos, la esperanza. Pero la mayoría de los historiadores coinciden, en que el verdadero despegue de la Cirugía Plástica tuvo lugar durante la segunda guerra mundial. Hasta ese momento, en Gran Bretaña, por ejemplo, solo había 4 cirujanos dedicados exclusivamente a esta especialidad: Gillies, Kilner, Mowlem y McIndoe. A finalizar la guerra eran ya 25. En Estados Unidos pasaron de 20 facultades de medicina que ofertaban Cirugía Plástica a 70.



En todas las unidades se describen enormes avances en el tratamiento de heridas y quemaduras. En 1939 Padgett presenta el dermatomo, un instrumento que sirve para la toma de injertos de forma rápida y segura, que continúa siendo una de las principales herramientas de cualquier cirujano plástico. Algunos cirujanos plásticos, como Sterling Bunnell o William Littler en

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 9 de 27

E.E.U.U. fueron centrando su interés en la cirugía de la mano. Bunnell publicó su importante obra *Surgery of the Hand* en 1944, que aún es uno de los trabajos de referencia en este campo.

Los comienzos y la evolución de la especialidad en España estuvieron condicionados por los avances en el resto de Europa y E.E.U.U. En el siglo XIX algunos cirujanos generales comenzaron, por interés personal o por necesidad, a utilizar técnicas básicas de Cirugía Plástica en el tratamiento de sus pacientes. Destacaron Hysern y Argumosa que desarrollaron técnicas originales de trasplante de tejidos. A principios del siglo XX el profesor Cortes Lladó, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Sevilla visitó la escuela francesa liderada por Morestin y plasmó sus conocimientos en su libro titulado “Cirugía Plástica Facial”. En él ya apuntó al “buen acierto de reunir en servicios individualizados a cirujanos que han demostrado afición y aptitud para esta clase de cirugía tan especial que se basa en la posibilidad de movilizar y trasplantar tejidos del cuerpo.” En el mismo libro define el objetivo de la Cirugía Plástica como la “conservación de la forma o la perfección morfológica que la mayoría de las veces va unido a un objetivo fisiológico como es la conservación o recuperación de la función”.

Pero no fue hasta la Guerra Civil de 1936-1939 cuando la gran demanda de los mutilados impulsó el desarrollo de la Cirugía Plástica en nuestro país. El capitán Sánchez Galindo visitó prestigiosos servicios como el de Blair en Estados Unidos, y a su regreso se creó el primer Servicio de Cirugía Plástica en el “Hospital General Mola” de San Sebastián. Tras finalizar la guerra se trasladó al Hospital Gómez Ulla de Madrid. Casi simultáneamente la Cruz Roja comenzó a crear servicios de Cirugía Plástica en Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia y Albacete.

La Cirugía Plástica en la Era Moderna

En la segunda mitad del siglo XX la Cirugía Plástica crece de forma extraordinaria desarrollando nuevos procedimientos tanto en su vertiente reconstructiva como en la estética. En la Cirugía Reconstructiva uno de los avances más importantes ha sido el nacimiento y perfeccionamiento de la Microcirugía. Con la creación de micro-instrumentos, materiales ultra finos de sutura y la fabricación del microscopio quirúrgico binocular en los años 50, la microcirugía revolucionó el campo de la cirugía reparadora. La microcirugía ha ampliado de forma espectacular las posibilidades de reconstrucción con todo tipo de colgajos, el reimplante de miembros amputados o la revascularización de miembros desvitalizados. En 1965 Krizek realizó el primer trasplante libre, experimental, de un colgajo cutáneo basado en la arteria epigástrica superficial en un perro. El mismo año, en Japón, Tamai y Susumi describieron el primer reimplante exitoso de un dígito amputado. En 1972 los también japoneses Harii y Ohmori realizaron los primeros colgajos libres en humanos.

Pero es el americano Harry Buncke a quien se le considera el “padre” de la microcirugía. En 1969 realizó su primer trasplante libre microvascular de omento para reparar un gran defecto de cuero cabelludo. Uno de sus mayores méritos es haber enseñado y entrenado a una gran multitud de microcirujanos de todo el mundo.

En este periodo la Cirugía Estética experimenta una explosión incluso mayor. La seguridad anestésica y quirúrgica, la mejora en el nivel de vida y la importancia creciente de la imagen en nuestra sociedad han contribuido al florecer de esta rama. Actualmente la técnica estética más frecuente es la liposucción, descrita por el dermatólogo italiano Arpad a principios de los 70. En la actualidad se realizan alrededor de 40.000 liposucciones anuales en nuestro país, por cirujanos plásticos titulados.

La segunda intervención en frecuencia es el aumento mamario con un número estimado de 25.000 procedimientos anuales. Desde los primeros implantes de gel de silicona de Cronin (1963)

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 10 de 27

las prótesis mamarias han evolucionado muchísimo y actualmente disponemos de una gran variedad de volúmenes, tamaños y formas. Así mismo se han ido describiendo y perfeccionando técnicas de armonización y rejuvenecimiento< facial y corporal.

Esta rama de la especialidad, a veces mal entendida, o considerada frívola, ayuda a muchas personas a recuperar o a mejorar su Salud, definida hoy por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) como bienestar físico, psíquico y social.

4. Definición de la competencia profesional

En el momento actual se admite que el campo de actuación de la Cirugía Plástica corresponde a:

- Quemaduras y sus secuelas.
- Tratamiento quirúrgico de tumores en todas aquellas regiones en las que sea necesaria la reconstrucción mediante plastias o injertos.
- Tratamiento quirúrgico de malformaciones congénitas externas de la región cráneo-cérvico-facial, así como de otras regiones que exijan plastias o injertos.
- Tratamiento quirúrgico de aquellas regiones en las que se requiera reconstrucción de tejidos blandos.
- Cirugía de la mano.
- Cirugía estética.

Es una especialidad “única” en el sentido que abarca todo el cuerpo y no tiene un área anatómica definida. Abarca pues numerosas “subespecialidades”, teniendo cada Servicio una cartera de servicios concreta que viene marcada por:

- Las necesidades asistenciales de la población.
- La existencia o no de otros servicios hospitalarios que traten la patología que se solapa con aspectos que manejan los cirujanos plásticos (orl, cot, maxilofacial, etc.).
- El tratamiento o no de grandes quemados.

El tratarse de una especialidad de contornos tan amplios conlleva dos características esenciales:

- por un lado el elevado grado de sinergias o áreas de mayor interacción con otras especialidades, servicios o niveles asistenciales donde un buen esquema de cooperación conduce a un mayor beneficio para el paciente,
- por otro lado el desarrollo, bien internamente, bien en colaboración con otras especialidades, de una serie de actividades, líneas de procesos o unidades clínicas de superespecialización (reconocidas o no formalmente).

5. Objetivos generales de la formación

Los objetivos fundamentales de la formación del Médico Especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética son:

- Adquirir unos conocimientos teóricos y unas habilidades técnicas, que junto con una actitud positiva harán que el profesional pueda diagnosticar con precisión las patologías que comprenden la especialidad.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 11 de 27

- Adquirir capacidad de decisión ante un problema determinado. En Cirugía plástica nos enfrentamos a una serie de problemas o defectos cutáneos o de estructuras corporales que a su vez tienen soluciones múltiples, algunas mejores y otras no tan acertadas pero todas válidas. La decisión de adoptar una u otra vendrán en función de los conocimientos de cada profesional y de la formación.
- Se trata de una Especialidad en continuo desarrollo, con lo cual , la formación continuada debe de ser una prioridad una vez terminada la formación básica.
- El residente debe formarse en el ámbito de la investigación ante la aparición de nuevas tecnologías, biomateriales, cirugía mínimamente invasiva.
- En definitiva, debe estar preparado para la resolución de patologías en el ámbito de nuestra especialidad, tanto si nuestra labor es en un hospital comarcal como si se trata de un hospital de tercer nivel.
- Obtener unas habilidades básicas para iniciarse en el campo de la Cirugía Estética. Este campo requiere una formación post residencia mayor, debido a que en el ámbito hospitalario con cargo a Seguridad Social sólo se realizan ciertas intervenciones de cirugía “estética”, aunque las técnicas básicas quirúrgicas sean las mismas.

6. Metodología docente

La formación del Residente pasa por la asistencia al paciente por un lado y por la formación científica por otro.

La formación científica se realiza mediante la realización de sesiones clínicas y la asistencia a Cursos, Ponencias y Congresos.

La formación asistencial pasa por la actividad en diferentes procesos:

- Realización de guardias en Urgencias.
- Consultas externas.
- Quirófano (primero con ayudantías y poco a poco ganando autonomía).
- Planta de Hospitalización / interconsultas.

7. Plan de rotaciones

R1	Duración	Lugar realización
Quemados	3 meses	Unidad Quemados HVH
UCI	3 meses	UCI Traumatología
Cirugia General	3 meses	Hospital San Rafael
Traumatología	3 meses	HVH- ATR

R2	Duración	Lugar realización
Quemados	6 meses	Unidad Quemados HVH
Cirugía Plástica General	6 meses	HVH-ATR

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 12 de 27

R3	Duración	Lugar realización
Cirugía Plástica Pediátrica	6 meses	HVH-AMI
Cirugía Plástica mamaria	6 meses	HVH-AMI

R4	Duración	Lugar realización
Quemados	6 meses	Unidad Quemados HVH
Cirugía Plástica mamaria	6 meses	HVH-ATR

R5	Duración	Lugar realización
Cirugía Estética	3 meses	Clinica Tecknon
Cirugía Plástica General	9 meses	HVH-ATR

8. Objetivos específicos por año de rotación

RESIDENTE DE 1er AÑO

Conocimientos generales que debe adquirir el residente de primer año :

1. Historia de la Cirugía Plástica
2. Anestesia en Cirugía Plástica
3. Cicatrización. Tratamiento básico de las heridas.
4. Técnicas básicas en Cirugía Plástica
5. Histología y fisiología de la piel y los anexos, del tejido óseo, músculo, cartilago, vasos y nervios.
6. Infecciones quirúrgicas
7. Etiología , fisiopatología y clasificación de las quemaduras.
8. Resucitación del gran quemado.
9. Manejo médico del quemado de mediana y baja extensión.
10. Tratamiento local (ambulatorio) de las quemaduras.
11. Fisiopatología , clínica y tratamiento del shock.
12. Nociones básicas de traumatismos faciales. Diagnóstico . Clínica.

Existen una serie de objetivos generales y específicos por rotación a cumplir :

8.1 Objetivos generales del R1

- Saber tratar una herida. Suturar correctamente.
- Diagnosticar una quemadura. Tratar quemaduras ambulatorias.
- Historiar correctamente un paciente.
- Realizar preoperatorios y cursos postoperatorios de los pacientes ingresados.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 13 de 27

Nivel 2 de autonomía

Nivel 2 de responsabilidad

Las rotaciones que realiza un residente de primer año pueden realizarse en una serie de Servicios - Especialidades, de forma que el residente tome nociones de una serie de conceptos.

Los Servicios por los que el R1 rota son:

- Unidad de Quemados : los 3 primeros meses de su inicio
- UCI Hospital Traumatología : 3 meses
- Cirugía General (Servicio C. General Hospital San Rafael) : 3 meses
- Traumatología (ATR-HVH) : 3 meses

Los objetivos de dichas rotaciones deben ser la toma de contacto con una serie de intervenciones, las cuales, en el futuro profesional pueden resultar ser una base de conocimientos útil.

Unidad de quemados

- Inicio - toma de contacto con los pacientes quemados:
 - Saber diferenciar las diferentes etiologías de las quemaduras (llama, químicas, eléctricas...). Diagnosticarlas y aplicar el tratamiento-pauta de cura tópica correcta en cada caso.
 - Saber tratar las quemaduras químicas especiales-agentes neutralizantes específicos.
 - Saber aplicar las pautas de reanimación del gran quemado- formulas de rehidratación.
 - Diagnóstico del sdr. compartimental en el quemado eléctrico.
 - Saber tratar la alteración renal en el quemado eléctrico.
 - Realización de escarotomias en quemaduras circunferenciales de extremidades.
- Saber colocar vías centrales en el quemado crítico (femoral, subclavia, yugular...)
- Saber utilizar los dermatomos neumáticos y manuales en la toma de autoinjertos cutáneos y en los desbridamientos tangenciales de las quemaduras.
- Saber realizar la historia clínica y aplicar correctamente las pautas y protocolos de tratamiento del paciente quemado.

Nivel 2 de autonomía

Nivel 2 de responsabilidad

Cirugía general

- Conocer los abordajes existentes para cavidad abdominal (técnicas y tipos de laparotomías).
- Aprendizaje de técnicas de cierre por planos de cavidad abdominal.
- Conocer técnicas de suturas de asas intestinales en caso de perforaciones .
- Reconocimiento de eventraciones y hernias, así como conocer técnicas de tratamiento existentes.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 14 de 27

Nivel 3 de autonomía

Nivel 3 de responsabilidad

Unidad de Cuidados Intensivos

- Manejo del paciente politraumático monitorizado.
- Cateterización y monitorización esencial de un paciente politraumático.
- Conocer como se realizan las traqueostomias “percutáneas “ y clásicas, así como en el mantenimiento de las mismas.
- Conocer el manejo de la vía aérea en pacientes con traumatismo facial complejo.
- Reconocimiento de complicaciones más frecuentes del paciente politraumático y orientación terapéutica.

Nivel 3 de autonomía

Nivel 3 de responsabilidad

Traumatología

- Suturar correctamente heridas simples en extremidades y tronco
- Diagnosticar y tratar contusiones
- Colocar yesos de inmovilización y vendajes
- Interpretar las lesiones radiológicas del paciente traumático

Nivel 2 de autonomía

Nivel 2 de responsabilidad

Cirugía de la mano

Objetivos:

- Aprender el tratamiento de patologías básicas de la mano, como, sdr. Túnel carpiano, enf. de Dupuytren...
- Aprender el manejo de secciones de nervios y tendones en la mano. Técnicas de reparación.
- Tratamiento de la mano reumática (rizartrosis...).
- Técnicas anestésicas locales y regionales de la mano-dedos.
- Manejo de las fracturas/ luxaciones en mano.
- Indicaciones y técnicas de reimplantes digitales.
- Reconstrucción articular en mano.
- Cirugías secundarias a lesiones de nervios periféricos y tendones.
- Cobertura cutánea (completar conocimientos en técnicas de cobertura).

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 15 de 27

Nivel 2 de autonomía

Nivel 2 de responsabilidad

RESIDENTE DE 2º AÑO

Conocimientos generales que debe adquirir el residente en el segundo año de su formación :

1. Tratamiento quirúrgico del paciente quemado.
2. Cobertura cutánea en grandes quemados.
3. Sustitutos cutáneos. Bancos de piel. Cultivos celulares...
4. Quemaduras en áreas especiales (cara, cuello, manos, genitales).
5. Quemaduras eléctricas y químicas. Tratamiento de urgencias y seguimiento.
6. Lesiones por frío y radiación.
7. Inmunología en quemaduras.
8. Estudio de las alteraciones orgánicas del quemado.
9. Alteraciones metabólicas y nutrición del quemado.
10. Profilaxis y tratamiento de la infección en quemaduras.
11. Principios de la cirugía de tumores cutáneos.
12. Tumores cutáneos benignos.
13. Tumores cutáneos malignos.
14. Melanoma.
15. Patología del tejido conjuntivo y sistema linfático.
16. Injertos cutáneos. Tipos, obtención.
17. Principios básicos de los colgajos (fasciocutáneos, musculares, musculocutáneos)
18. Principios básicos de colgajos microquirúrgicos. Técnicas microquirúrgicas.
19. Estudio morfológico y neurovascular de áreas corporales apropiadas como zonas donantes de colgajos.
20. Amputaciones de extremidad superior e inferior.
21. Traumatismos faciales. Etiología y clasificación, exploración y diagnóstico.
22. Fracturas nasales.
23. Fracturas orbito-malares.
24. Fracturas de maxilar superior.
25. Fracturas de mandíbula.
26. Tratamiento de lesiones faciales de partes blandas.
27. Úlceras por presión. Etiología y tipos.
28. Principios básicos en el tratamiento de las úlceras por presión.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 16 de 27

8.2 Objetivos del R2:

- Saber tratar heridas complejas. Nociones del tratamiento de pérdidas de sustancia.
- Saber desbridar un paciente quemado y realizar cobertura con autoinjertos (saber realizar extracciones de injertos correctamente).

- Manejo correcto del gran quemado.
- Conocer los criterios de manejo de pacientes con tumores cutáneos. Protocolos.
- Saber realizar exéresis de tumoraciones cutáneas de baja y media complejidad.
- Nociones de cobertura con colgajos locales, sobre todo en cabeza-cuello.

Nivel 2 de autonomía

Nivel 2 de responsabilidad

RESIDENTE DE 3er AÑO

Conocimientos generales que se deben adquirir en el tercer año de residencia:

1. Fracturas faciales complejas.
2. Nociones básicas en reconstrucción de extremidad inferior.
3. Reconstrucción de labios.
4. Reconstrucción de párpados.
5. Reconstrucción de nariz.
6. Reconstrucción de mejilla.
7. Reconstrucción de frente y cuero cabelludo.
8. Expansión tisular.
9. Estudio de materiales empleados como implantes en Cirugía Plástica.
10. Nociones básicas de reconstrucción mamaria.
11. Patología – oncología de la mama.
12. Nociones básicas de oncología de cabeza-cuello.
13. Tumores vasculares y de partes blandas.
14. Malformaciones congénitas del aparato urogenital.
15. Hipospadias. Epispadias.
16. Cobertura cutánea de defectos penoescrotales. Reconstrucción peneana.
17. Enfermedad de Peyronie
18. Malformaciones congénitas del aparato genital externo femenino. Reconstrucción vulvar.
19. Cirugía del transexualismo de mujer a hombre.
20. Cirugía del transexualismo de hombre a mujer.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 17 de 27

21. Técnicas básicas de reducción mamaria.
22. Abdominoplastias.
23. Ginecomastia.
24. Otoplastias.

8.3 Objetivos del R3:

- Saber indicar y realizar colgajos simples en cobertura de cabeza.
- Tener conocimiento de técnicas de reconstrucción mamaria y las indicaciones de cada técnica.

- Comenzar a realizar abdominoplastias, otoplastias y reducciones mamarias.

Nivel 2 de autonomía

Nivel 2 de responsabilidad

RESIDENTE DE 4º AÑO

Conocimientos generales que se deben adquirir:

1. Cirugía oncológica de cabeza- cuello y tumores de partes blandas .
2. Vaciamientos inguinal, axilar y cervical.
3. Anatomía quirúrgica y colgajos de extremidad inferior.
4. Manejo de fracturas abiertas , pérdidas de sustancia ósea y osteomielitis.
5. Reimplantes.
6. Reconstrucción de rodilla y tercio superior de pierna.
7. Reconstrucción de tercio medio de pierna.
8. Reconstrucción del pie.
9. Esguinces y luxaciones digitales. Traumatismos óseos.
10. Lesiones de tendones extensores.
11. Lesiones de tendones flexores.
12. Síndromes compartimentales. Algodistrofia simpático refleja.
13. Compresiones nerviosas periféricas.
14. Lesiones agudas de nervios periféricos.
15. Cirugía secundaria de las lesiones de nervios periféricos.
16. Lesiones del plexo braquial.
17. Cobertura de las pérdidas de sustancia de la mano.
18. Tenosinovitis estenosantes.
19. Enfermedad de Dupuytren.
20. Infecciones y tumores en extremidad superior.
21. Reconstrucción de pulgar congénito y/ o adquirido.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 18 de 27

22. Malformaciones congénitas de la mano.
23. Rizartrosis.
24. Cirugía de la mano reumática.
25. Patología del carpo.
26. Malformaciones congénitas del tórax y abdomen.
27. Reconstrucción de la pared costal.
28. Reconstrucción de la pared abdominal.
29. Tratamiento de las secuelas de quemaduras.
30. Cirugía plástica pediátrica.
31. Nociones en el manejo del láser en Cirugía Plástica.

8.4 Objetivos generales del R4:

- Manejo de traumatismos/ fracturas faciales complejas.
- Indicación correcta de colgajos en reconstrucciones tronco , cabeza y cuello, y extremidades.

- Indicaciones y tratamiento de úlceras por presión.
- Realización de reconstrucciones mamarias con técnicas de mediana complejidad.

Nivel 2 de autonomía.

Nivel 2 , 1 de responsabilidad (en función de la intervención).

Las rotaciones que debe efectuar el residente de 4º año son:

- Cirugía de la mano : 2 meses.
- Cirugía oncológica de cabeza y cuello (Servicio de C. Plástica Hospital de Bellvitge): 2 meses mínimo. Rotación fija y pactada con el Servicio de Cirugía Plástica de dicho hospital.
- Rotación voluntaria (2 meses) en otro Servicio del país o del extranjero. En caso de no optar por esta rotación , se podrá prolongar una de las dos anteriores o ambas.

Cirugía oncológica de cabeza y cuello:

- Aprender a diagnosticar y manejar pacientes con tumoraciones de cabeza y cuello (suelo de boca, laringe, faringe...).
- Tratamiento quirúrgico de los pacientes oncológicos: técnicas de tumorectomía, limpiezas ganglionares y cobertura.
- Reconstrucción mandibular postoncológica
- Manejo y seguimiento de pacientes intervenidos de tumoraciones en cabeza y cuello.
- Mantenimiento de vías aéreas en pacientes sometidos a cirugía.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guia o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 19 de 27

- Reconstrucción de laringe-faringe mediante colgajos de asas intestinales (pediculados o microquirúrgicos).
- Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones per y postoperatorias del paciente oncológico de cabeza y cuello.

Nivel 2 de autonomía.

Nivel 2 de responsabilidad.

RESIDENTE DE 5º AÑO

Conocimientos Generales que deben adquirirse:

1. Embriología facial. Diagnóstico de las principales malformaciones craneofaciales.
2. Craneosinostosis.
3. Labio leporino.
4. Fisura palatina. Incompetencia velofaríngea. Faringoplastias.
5. Malformaciones congénitas de los párpados: epicantero, coloboma.
6. Microsomias centofaciales y laterofaciales.
7. Hipertelorismo orbitario.
8. Síndromes craneofaciales raros.
9. Cirugía craneofacial. Aspectos históricos. Técnicas quirúrgicas básicas.
10. Cefalometrías . perfiloplastias.
11. Quistes y fístulas congénitas faciales y cervicales.
12. Reconstrucción auricular congénita y adquirida.
13. Parálisis facial. Técnicas quirúrgicas.
14. Ectropion , entropion y triquiiasis.
15. Lipomatosis cervical.
16. Cirugía ortognática. Prognatismo, micrognatia. Técnicas básicas.
17. Síndrome de articulación temporomandibular.
18. Colgajos libres. Microcirugía vascular y nerviosa.
19. Blefaroplastias. Cirugía estética órbito-palpebral.
20. Cirugía del envejecimiento facial.
21. Dermoabrasión, peeling, laserterapia, técnicas de inyección y complementarias al envejecimiento facial.
22. Perfiloplastias.
23. Rinoplastias cerrada y abierta. Rinoseptoplastias.
24. Cirugía del contorno corporal. Liposucción.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 20 de 27

25. Cirugía estética mamaria: aumento, reducción, mastoplexias.

26. Cirugía estética de las deformidades auriculares.

27. Novedades en Cirugía Plástica (Revistas, Publicaciones).

8.5 Objetivos del R5:

- Saber realizar reconstrucciones mamarias.
- Indicaciones y tratamiento de cualquier reconstrucción corporal.
- Tener nociones en técnicas microquirúrgicas.
- Realizar rinoplastias, blefaroplastias, aumentos y reducciones mamarias, así como abdominoplastias.

- Conocer técnicas de Cirugía estética de aplicación en práctica privada.
- Tener nociones de cirugía craneofacial y de la parálisis facial.
- Ser “resolutivo” ante cualquier eventualidad, defecto a cubrir o paciente a tratar.

Nivel 1,2 de autonomía (en función de la intervención).

Nivel 1 de responsabilidad.

Cirugía estética (Clínica Teknon)

Dicha rotación es obligatoria realizarla. El Centro se puede elegir entre las dos Unidades formativas existentes en Cataluña.

Objetivos:

• Saber realizar un diagnóstico correcto de las alteraciones estéticas corporales (deformidad nasal, alteración mamaria, alteraciones de contorno corporal...).

- Saber realizar una liposucción.
- Saber realizar una mamoplastia de aumento y de reducción.
- Saber realizar una rinoplastia.
- Saber realizar un lifting facial y remodelación corporal.

Nivel 1,2 de autonomía (en función de la intervención).

Nivel 1 de responsabilidad.

9. Sesiones clínicas

Las sesiones realizadas en el Servicio son de tres tipos, monográficas de temas destacados dentro de la especialidad , bibliográficas de las revistas más representativas (Plastic Reconstructive Surgery, Burns, Burn Care and Rehabilitation, British journal of Plastic Surgery, Clinics in Plastic Surgery) y sesiones de casos clínicos interesantes y morbimortalidad.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 21 de 27

Sesiones clínicas:

- Viernes (8h.): sesiones bibliográficas impartidas por residentes . Una vez al mes hay sesión de docencia de jefe servicio y tutores con los residentes.
- Martes (8.) : sesiones monográficas, de morbimortalidad y sesiones de casos clínicos. Impartidas por residentes y adjuntos.

10. Cursos y Congresos, Publicaciones

Se deben realizar Cursos/Congresos de forma que abarque todas las parcelas de la Especialidad. Cuando se termine la residencia, en el Curriculum debería constar por lo menos un Curso/Congreso de cada una de las parcelas de las que consta la Especialidad (p.ej. Curso de microcirugía, curso de reconstrucción mamaria, curso de disección colgajos...).

Deben realizarse como mínimo los siguientes Cursos – Congresos:

- Congreso de Quemados (durante el período R1 o R2).
- Curso de técnicas básicas en Microcirugía (durante R2 o R3).
- Curso Master en Microcirugía (durante R3 o R4).
- Curso de disección anatómica y de colgajos (durante R3 o R4).
- Curso anual de la Sociedad Española de Cirugía Plástica (SECPRE) (durante R4 o R5)

Los Residentes participan en estudios realizados en el servicio, así como en la elaboración de posters-ponencias a Congresos y publicaciones en revistas de la Especialidad.

11. Guardias

Los Residentes realizarán las guardias en el Area de Traumatología donde están ubicadas los box de Urgencias Traumatológicas y la Unidad de Quemados. Se realizan guardias de 1 residente y 1 adjunto, aunque en el primer año de residencia el R1 realiza guardias de inmersión en el servicio, además de las guardias correspondientes a la rotación que realicen.

Las guardias se hacen con un adjunto , el cual está de presencia física. El médico adjunto es el responsable subsidiario de lo que ocurra en la guardia por lo que ante duda, se debe consultar con el adjunto.

Los objetivos de las guardias son:

- Saber diagnosticar heridas faciales simples y complejas, y aplicar el tratamiento correspondiente. Suturar correctamente
- Saber diagnosticar las fracturas faciales y su tratamiento
- Saber diagnosticar los diferentes tipos de quemaduras, extensión y aplicación de protocolos de tratamiento
- Saber identificar las posibles complicaciones postoperatorias de pacientes intervenidos, tanto de cirugía programada como de urgencias, y la solución de dichas complicaciones (hematomas, sufrimiento de colgajos, sangrados activos y alteraciones médicas básicas ...)

Nivel autonomía y responsabilidad en función del año y patología a tratar. Suele haber un residente mayor y otro menor, con el soporte de un médico adjunto.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 22 de 27

FUENTES DE INFORMACIÓN RECOMENDADAS

SOCIEDADES CIENTÍFICAS. LIBROS Y REVISTAS

Existen una serie de Sociedades Científicas las cuales son de referencia en nuestra especialidad.

- American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons
- British Association of Plastic Surgeons
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
- Sociedad Catalana de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
- Asociación Española de Microcirugía
- International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (IPRAS)
- Federación Ibero-Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP)
- The American Society for Aesthetic Plastic Surgery
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)
- International Society for Burn Injuries

REVISTAS - Journals

- Revista de Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana
- Aesthetic Plastic Surgery
- British Journal of Plastic Surgery
- Burns [Journal of the International Society for Burn Injuries]
- Plastic and Reconstructive Surgery
- International Journal of Plastic & Aesthetic Surgery
- Journal Burns and Care Rehabilitation
- Clinics in Plastic Surgery

BIBLIOGRAFIA BASICA - CIRUGIA PLASTICA

Cirugía plástica general

- Grabb's Plastic , Reconstructive Surgery.
- Plastic Surgery . McCarthy.
- The arterial anatomy of skin flaps.

Quemados

- Total burn care. Herndon.
- Manual sobre quemaduras. McDougal, Slade, Pruitt.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 23 de 27

- Atlas of Reconstructive burns surgery. Salisbury.

Fracturas faciales

- Maxillofacial injuries. Rowe, Williams.
- Craniomaxillifacial fractures. Greenberg.

Cirugía de la mama

- Plastic Reconstructive Breast Surgery. Bostwick.
- Atlas of techniques in breast surgery. Silen, Earle , Love.
- Chirurgie du sein . Maillard.
- Vertical mamoplasty and liposuction. Lejour.

Cirugía de la mano

- Mano traumatica. Merle.

Colgajos

- Reconstructive surgery. Mathes , Nahai.
- Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. Jackson.
- Colgajos de cobertura en extremidad inferior. Masquelet.
- Microsurgery. Bunke.

Rinoplastias

- Rhinoplasty. Pech.
- Atlas de rinoplastia. Aiach.
- Aesthetic rhinoplasty. Sheen.

Reconstrucción órbitopalpebral

- Repair and reconstruction in the orbital region. Mustarde.

Reconstrucción oreja

- Reconstructive surgery for deformities of the ear. Clinics in Plastic Surgery. Vol.17, number 2, abril 1990
- Ear reconstruction. Nagata / Brent

Malformaciones cráneo-faciales

- Craniofacial malformations. Stricker.

Cirugía ortognática

- Dentofacial deformities. Epker.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guia o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 24 de 27

Cirugia oncológica

- Cancer of the face and mouth. McGregor.
- Cirugia del cancer musculoesqueletico. Sugarbaker.
- Cancer of face and mouth. Soutar

Rejuvenecimiento facial

- Facial rejuvenative surgery. Kaye.
- Cirugia del rejuvenecimiento facial. Mir y Mir.

Liposucción

- Lipoesculture. Fournier.
- Superficial lipoesculture. Gasparotti.

Cirugía estética general

- Aesthetic plastic surgery. Rees.

REVISTAS

- Plastic Reconstructive Surgery
- British Journal of Plastic Surgery
- Burns
- Journal Burns Care and rehabilitation

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guia o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 25 de 27

La capacitat per realitzar determinats actes mèdics instrumentals o quirúrgics te relació amb el nivell de coneixements i d'experiència. Per això s'han de considerar **3 nivells d'autonomia**:

Nivell 1: Habilitats que els residents han de practicar durant la formació i en les que han d'assolir autonomia complerta per la seva realització.

Nivell 2: Habilitats que els residents han de practicar durant la formació encara que no arribi necessàriament a ser autònom per la seva realització.

Nivell 3: Habilitats que requeriran un període de formació addicional un com finalitzada la formació general.

En cada període de formació el metge resident realitzarà un mínim d'activitats que li permetin assumir amb eficàcia i seguretat els diferents apartats del procés clínic.

No obstant durant la formació el metge resident no pot ni deu assumir responsabilitats que estiguin per sobre de les seves capacitats, per això s'ha de considerar el **nivell de responsabilitat**.

Nivell de responsabilitat 1: Activitats realitzades directament pel resident sense necessitat de supervisió directa. El resident fa i després informa.

Nivell de responsabilitat 2: Activitats realitzades directament pel resident sota supervisió directa del tutor o del facultatiu responsable.

Nivell de responsabilitat 3: Activitats realitzades pel personal sanitari del centre i observades i/o assistides en la seva execució pel resident.

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 26 de 27

REGISTRO DE TAREAS BASICAS DEL RESIDENTE EN CIRUGIA PLASTICA
(Grados de Autonomia / Responsabilidad)

	TAREAS	R1	R2	R3	R4	R5
TRAUMATISMOS						
Cara	Reparación tejidos blandos cara-limpieza de heridas	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
	Sutura de heridas simples	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
	Sutura de heridas complejas	2-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Reparación de perdidas de sustancia postraumaticas	2-2	2-2	1-2	1-1	1-1
	Reparación de fracturas faciales simples	2-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Reparación fracturas faciales complejas	2-2	2-2	1-2	1-2	1-1
	Reducción fracturas nasales	1-2	1-2	1-1	1-1	1-1
Manos y Extremidad superior	Reparación de heridas simples	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
	Realización de injertos cutáneos	1-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Realización de colgajos locales	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Realización de colgajos a distancia	2-2	2-2	1-2	1-2	1-1
	Amputación de dedos o mano	2-2	2-2	1-2	1-2	1-1
	Reparación tendones manos	2-2	2-2	1-2	1-1	1-1
Extremidad inferior	Realización de injertos cutáneos de cobertura	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Realización colgajo local	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Realización de colgajo a distancia	2-2	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de colgajo microvascularizado o libre	2-3	2-2	2-2	2-2	1-2
Quemaduras	Realizar la resucitación del gran quemado	1-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Realizar desbridamientos tangenciales	1-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Realizar desbridamientos a fascia	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Realizar cobertura con autoinjertos, materiales sustitutorios	1-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Realización de fasciotomias en sdr. Compartimental	2-2	1-2	1-2	1-2	1-1
	Realizar amputaciones en quem. Eléctricas	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Corrección de secuelas cicatriciales postquemadura	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
NEOPLASIAS						
Tumores benignos	Exeresis de lesiones y cierre primario	2-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Exéresis de lesiones y cobertura con autoinjertos	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Exéresis de lesiones y cobertura con colgajos	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
Tumores malignos	Exéresis de carcinomas y cierre primario	1-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Exéresis de carcinomas y cobertura con colgajos	2-3	2-2	1-2	1-1	1-1
	Exéresis de melanomas y cobertura	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Realización de biopsia selectiva del ganglio centinela	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de linfadenectomia inguinal	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
	Realización de linfadenectomia axilar	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
	Realización de linfadenectomia cervical	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
	Cobertura – reconstrucciones con colgajos libres	2-3	2-2	2-3	1-2	1-2
ANOMALIAS CONGENITAS						
Orejas	Corrección de orejas en asa o prominentes	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Corrección de la microtia	2-3	2-2	2-2	1-2	1-2
Párpados	Corrección de ptosis palpebral	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
Manos	Corrección de la sindactilia	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Corrección de la polidactilia	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
Piel	Exéresis de nevus congénitos	2-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Exéresis-corrección de hemangiomas	2-2	1-2	1-1	1-1	1-1

 Vall d'Hebron Hospital	PROTOCOLO	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN
	Guía o itinerario formativo (GIF) Cirugía plàstica y reparadora	DOC-PR-119	17/05/2018	03
	Revisión			Página 27 de 27

RECONSTRUCCION MAMARIA						
	Reconstrucción con implantes	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Reconstrucción con colgajo latissimus dorsi	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Reconstrucción con colgajos locales	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Reconstrucción con colgajo TRAM pediculado	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
	Reconstrucción con colgajos microquirurgicos perforantes	2-3	2-2	2-2	1-2	1-2
	Reconstrucción de areola-pezón	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Corrección de secuelas postreconstrucción	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
MISCELANEA						
Parálisis facial	Corrección estática-bandas faciales/materiales sintéticos	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Corrección de deformidad palpebral en la parálisis	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Corrección dinámica-colgajos musculares transpuestos	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
	Injertos nerviosos	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
	Colgajos musculares reinervados	2-3	2-2	2-2	1-2	1-2
	Lifting –corrección deformidades	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
Reconstrucción del tronco	Reconstrucción con colgajos locales	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Reconstrucción con colgajos a distancia	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Reconstrucción colgajos microquirurgicos	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
Úlceras por presión	Desbridamiento ulcera	1-2	1-1	1-1	1-1	1-1
	Bursectomía	1-2	1-2	1-1	1-1	1-1
	Realización de colgajos locales cutáneos	2-2	1-2	1-2	1-1	1-1
	Realización colgajos musculares locales	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de colgajos de perforantes pediculados	2-3	2-2	2-2	1-2	1-1
Expansión tisular	Insección de expansor	2-2	2-2	1-2	1-2	1-1
	Retirada y realización de colgajo reconstrucción	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
CIRUGIA ESTETICA						
	Realización de liposucción	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de blefaroplastia	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de rinoplastia cerrada	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de rinoplastia abierta	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de abdominoplastia	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de dermabrasión	2-3	2-2	1-2	1-1	1-1
	Realización de reducción mamaria / mastopexia	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de aumento mamario-prótesis mamas	2-3	2-2	1-2	1-2	1-1
	Realización de lifting facial	2-3	2-3	2-2	1-2	1-1