

GUIA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS

SEPARATA:

CIRUGIA TORACICA

Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de abril de 1996.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

Consejo Nacional de Especialidades Médicas

CIRUGIA TORACICA

COMISION NACIONAL

Presidente:

Dr. D. Guillermo Ramos Seisdedos

Secretaria:

Dr. D. Mariano E. García Yuste

Vocales:

Dr. D. Juan José Rivas de Andrés
Dr. D. José Toledo González
Dr. D. Feliciano Alvarez de Linera Uría
Dr. D. Jesús Loscertales Abril
Dr. D. Emilio Folque Gómez
Dr. D. Lorenzo Fernández Fau
Dr. D. Antonio Alix Trueba
Dr. D. Luis Jorge Cerezal Garrido
Dr. D. Rafael Rojo Marcos

1. DENOMINACION OFICIAL (R. DTO. 127/84) DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS

Cirugía Torácica.

Duración: 5 años.

Licenciatura previa: Medicina.

2. INTRODUCCION

La Cirugía Torácica ha sido reconocida en España como especialidad independiente de otras áreas médicas y quirúrgicas desde el Real Decreto 1014/1978 («BOE» de 29-7-78) sobre especialidades médicas.

La elevada prevalencia de las enfermedades torácicas —no hay que olvidar que el carcinoma broncopulmonar es la neoplasia más frecuente en el varón— y su importancia como causa de morbimortalidad ha hecho que la Cirugía Torácica se haya convertido en una disciplina claramente definida, que requiere para su práctica un alto grado de capacitación, especialización y una dedicación completa.

3. DEFINICION DE LA ESPECIALIDAD Y CAMPO DE ACCION

La Cirugía Torácica constituye una especialidad dedicada al estudio y tratamiento de los procesos que afectan al tórax tanto a su continente

como a su contenido, es decir, pared torácica, pleura, pulmón, mediastino, árbol traqueo-bronquial, esófago y diafragma.

Dichos procesos pueden tener un carácter congénito, inflamatorio, displásico, tumoral o traumático.

Su campo de acción es la estructura anatomo-funcional del tórax, que se sustenta sobre bases etiopatogénicas, fisiopatológicas, clínicas y de metodología diagnóstica y quirúrgica, a excepción de la patología del corazón y grandes vasos. Por otro lado, hay que considerar incluida la patología de órganos situados en regiones limítrofes y cuyo compromiso patológico se traduce en repercusión torácica, tales como las afecciones cervicales y subdiafragmáticas.

El avance continuo de los métodos diagnósticos y de valoración preoperatoria ha contribuido decisivamente al amplio desarrollo de la Cirugía Torácica. El progreso de la técnica ha incidido en la cirugía traqueo-bronquial, la cirugía esofágica, los nuevos métodos endoscópicos (videotoracoscopia, endoprótesis, etc.) y ha favorecido también el desarrollo del trasplante pulmonar como realidad clínica.

El estudio postoperatorio de estos pacientes exige también una sistemática especializada.

Se considera, por tanto, que la capacitación del cirujano torácico es y debe ser específica en todos estos aspectos, individualizándose perfectamente de otras especialidades quirúrgicas, al tiempo que supone una definida relación con especialidades médicas, principalmente la Neumología.

4. OBJETIVOS AL FINALIZAR LA RESIDENCIA

La finalidad principal es la formación de especialistas en Cirugía Torácica, competentes y responsables, capaces de ejercer su labor en los diversos servicios hospitalarios, de acuerdo con las necesidades de éstos y de la población de su área sanitaria.

Al término de los cinco años de formación especializada en Cirugía Torácica, el médico residente deberá:

1. Conocer la teoría y adquirir la experiencia práctica de las enfermedades torácicas.
2. Dominar todos los métodos diagnósticos propios de la especialidad, incluyendo las exploraciones instrumentales quirúrgicas.
3. Desarrollar y poseer claridad para los criterios de valoración preoperatoria de sus pacientes, así como tener precisión en las indicaciones quirúrgicas.
4. Poseer capacidad técnica operatoria.
5. Conocer los principios de la reanimación y control postoperatorio y ser hábil para el diagnóstico precoz y tratamiento de las complicaciones.
6. Haber adquirido la preparación suficiente para la realización y expresión de los resultados de su experiencia mediante la práctica de trabajos científicos, clínicos y experimentales y su presentación en congresos y reuniones científicas.

Al finalizar la residencia sería conveniente haber realizado:

- 20 intervenciones de cirugía mayor (resecciones pulmonares, pared torácica, pleurales, traqueal, mediastínica, esofágica o diafragmática).
- 40 intervenciones de Cirugía menor (biopsia pulmonar y pleural, neumotórax, etc.).
- 40 exploraciones endoscópicas torácicas (broncoscopia, toracoscopia y mediastinoscopia).

5. CONTENIDOS ESPECIFICOS

El programa de la residencia en Cirugía Torácica tendrá una duración de cinco años. Se adaptará a la dinámica de los distintos servicios, y a las sesiones específicas sobre patología torácica.

Durante este tiempo, el residente debe hacer turnos de guardia dentro de la planificación del Servicio de Urgencia del hospital. A partir del tercer año debe quedar incluido en las guardias de su especialidad.

La formación de especialistas supone la creación de un sistema de enseñanza con un progresivo aumento de la responsabilidad clínico-docente y en la organización de las tareas cotidianas. Los programas, que deben adaptarse cíclicamente a las circunstancias cambiantes de la medicina, han de ser una guía que permita el desarrollo de interés y aptitudes de los médicos residentes. Su formación debe ser teórica y práctica, además de iniciarles en la investigación.

También debe crearse un sistema de sesiones que le ponga en relación con otros servicios, de modo continuo. Se consideran necesarias las siguientes sesiones, en las que deberá participar de forma activa:

- Sesiones clínico-quirúrgicas para residentes con exposición y discusión de casos clínicos.
- Sesiones anatomopatológicas.
- Sesiones radiológicas.
- Sesión oncológica adjunta con servicios de Oncología Médica y Radioterápica.
- Sesiones bibliográficas.

A) *Formación teórica*

Además de asistir a todas las actividades de interés científico, es conveniente desarrollar un programa teórico. Se trata no tanto de impartir lecciones teóricas, como de abordar las bases de la patología torácica en forma dialogada y actualizada, previa facilitación de la bibliografía más importante.

El programa teórico debe entenderse como relación orientativa de temas a considerar en la planificación de los tres años de residencia específica, y que lógicamente se puede y debe adaptar a las peculiaridades de cada servicio y a la oportunidad que dimana de la labor asistencial:

- Nociones de la historia de la Cirugía Torácica.
- Embriología del tórax.

- Anatomía quirúrgica del tórax.
- Estudio preoperatorio de la función pulmonar.
- Fisiopatología torácica.
- Estudio por imagen del tórax.
- Broncoscopia y esofagoscopia.
- Peculiaridades anestésicas en Cirugía Torácica, tanto en cirugía mayor como menor y endoscópica.
- Incisiones torácicas, vías de abordaje.
- Cuidados postoperatorios. Complicaciones.
- Intubación traqueal y ventilación asistida.
- Traqueostomía, indicaciones, cuidados y complicaciones.
- Parada cardiopulmonar y resucitación.
- Uso de la circulación extracorpórea en Cirugía Torácica.
- Lesiones congénitas, neoplasias e injurias de la tráquea.
- Cirugía traqueal.
- Peculiaridades de la Cirugía Torácica infantil.
- Traumatismos torácicos.
- Patología del esternón y pared torácica: Deformidades, infecciones y tumores.
- La pleura: Derrames pleurales, tumores y empiemas.
- Neumotórax y hemotórax espontáneos.
- El mediastino: Mediastinitis, quistes y tumores del mediastino.
- Cirugía de la celda tímica. Indicaciones quirúrgicas de la Miastenia Gravis y otras enfermedades autoinmunes.
- Patología cérvico-mediastínica.
- Síndrome del estrecho torácico.
- Cáncer de pulmón.
- Carcinoma de sulcus superior.
- Tumores de bajo grado de malignidad.
- Técnicas adyuvantes en el tratamiento de los tumores malignos torácicos.
- Tumores benignos de pulmón y bronquios.
- Cirugía en las metástasis pulmonares.
- Nódulo pulmonar solitario.
- Enfermedad pulmonar intersticial difusa. Biopsias pulmonares.
- Supuraciones pulmonares. Absceso pulmonar. Bronquiectasias.
- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.
- Hidatidosis torácica.
- Embolismo pulmonar.
- Afecciones congénitas broncopulmonares.
- Indicaciones quirúrgicas en las hemoptisis.
- Cirugía del enfisema bulloso.
- Alteraciones motoras del esófago.
- Traumatismos del esófago.
- Tumores malignos del esófago.
- Estenosis esofágicas benignas.
- Hernias esofágicas.
- Patología quirúrgica del diafragma. Hernias diafragmáticas.
- Patología infradiafragmática con repercusión torácica.
- Técnicas quirúrgicas endoscópicas:

Toracoscopia.
 Mediastinoscopia.
 Mediastinotomía.
 Láser y crioterapia.
 Prótesis endobronquiales-Videotoracoscopia.

— Trasplante pulmonar.

B) *Formación práctica y asistencial dentro de la Especialidad*

La actividad de los residentes se realizará bajo control del resto de los miembros del servicio, integrándose de forma progresiva y total en las distintas áreas de éste: Policlínica, sala, quirófano y reanimación.

A lo largo de su estancia en el servicio, irá realizando actos quirúrgicos de complejidad creciente y asumiendo responsabilidades clínicas mayores.

A continuación se exponen unos criterios orientativos sobre las tareas a realizar en cada uno de los años de residencia específicos en Cirugía Torácica:

Primer año de formación específica:

- Realizar las historias clínicas y las exploraciones físicas de los enfermos del servicio.
- Orientar las técnicas complementarias para llegar a un diagnóstico.
- Atender el pre y postoperatorio de los pacientes vigilando su evolución.
- Pasar visita diaria a los enfermos ingresados.
- Colaborar en las intervenciones quirúrgicas.
- Inserción de tubos de drenaje.
- Iniciarse en las endoscopias torácicas diagnósticas y terapéuticas (broncoscopia, mediastinoscopia y toracoscopia).
- Al finalizar el año debe haber realizado pequeñas intervenciones pulmonares como biopsias y resecciones atípicas. Llevará a cabo toracotomías.
- Es conveniente haga guardias de especialidad.

Segundo año de formación específica:

Aunque sus obligaciones sean similares a las del residente de primer año de formación específica, su cometido conllevará mayor participación activa y responsabilidad. Estará también encargado de:

- Consultas externas.
- Colaborar en intervenciones quirúrgicas.
- Iniciarse en las resecciones pulmonares y decorticaciones.
- Llevar a cabo toracoscopias diagnósticas y algunas terapéuticas, y broncoscopias terapéuticas.

Tercer años de formación específica:

Su consideración será de jefe de Residentes y, en líneas generales, debe realizar tareas similares a los médicos de plantilla, bajo la supervisión de éstos:

- Consulta externa.
- Consulta interhospitalaria.
- Llevar a cabo cualquier tipo de procedimiento quirúrgico torácico.

B.1) *Rotaciones*

Primer año de residencia:

- 1 m. Cirugía Torácica.
- 10 m. Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Segundo año de residencia:

- 2 m. Neumología (broncoscopia y pruebas funcionales).
- 2 m. Medicina Intensiva.
- 2 m. Cirugía Vascul ar Periférica.
- 5 m. Cirugía Torácica.

Tercer año de residencia:

- Formación específica en Cirugía Torácica.

Cuarto año de residencia:

- 3 m. Cirugía Cardio Vascul ar.
- Resto del tiempo formación específica en Cirugía Torácica.

Quinto año de residencia:

- Formación específica en Cirugía Torácica.

C) *Formación investigadora*

El residente debe ser instruido en la metodología de la investigación, tanto clínica como experimental.

En la investigación clínica, la coordinación con otros servicios (Neumología, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, etc.) es imprescindible; los planteamientos deontológicos, bioestadísticos, deben ser inculcados al residente.

Es importante que en el hospital exista una unidad de cirugía experimental, en donde pueda llevar a cabo un trabajo previamente estructurado y con finalidad concreta.

Durante la residencia el médico residente debe participar de forma activa en los trabajos científicos que se lleven a cabo en el servicio.

Debe presentar, al menos, comunicaciones en congresos y reuniones científicas a partir del cuarto año de residencia y es conveniente haber empezado un trabajo de investigación que podría corresponder a su tesis doctoral al finalizar la residencia.