

GUÍA DOCENTE (ITINERARIO FORMATIVO) ESPECIALIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Autores

Dr. Fondevila Campo Constantino

Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Dra. M^a Isabel Prieto Nieto

Médico Adjunto de Cirugía General y Digestiva HULP. Tutor de Residentes

Dra. Natalia González Alcolea

Médico Adjunto de Cirugía General y Digestiva HULP. Tutor de Residentes

Dra. Inés Rubio Pérez

Médico Adjunto de Cirugía General y Digestiva HULP. Tutor de Residentes

Dr. Alexander Forero Torres

Médico Adjunto de Cirugía General y Digestiva HULP. Tutor de Residentes

Dr. Juan Pedro Pérez Robledo

Médico Adjunto de Cirugía General y Digestiva HULP. Tutor de Residentes

Dr. Juan Antonio Gazo

Médico Adjunto de Cirugía General y Digestiva HULP. Tutor de Residentes



Madrid, mayo 2022

ÍNDICE

1. Bienvenida.....	3
2. Marco geográfico.....	5
3. Recursos humanos.....	7
4. Cartera de Servicios.....	11
5. Programa de la especialidad.....	15
5.1 Programa oficial de la especialidad.....	15
5.2 Definición de la especialidad y sus competencias.....	16
5.2.1 Niveles de complejidad.....	17
5.2.2 Niveles de responsabilidad.....	18
5.3 Objetivos generales de la formación.....	18
5.3.1 Formación asistencial.....	19
5.3.2 Formación teórica.....	20
5.3.3 Formación para la investigación.....	20
5.4 Baremo orientativo del grado de complejidad de las intervenciones.....	21
5.5 Número mínimo de intervenciones recomendadas.....	21
5.6 Plazas acreditadas en el Hospital Universitario La Paz.....	22
6. Programa anual de rotaciones.....	23
6.1 Plan individual de formación.....	23
6.2 Objetivos y actividades en las rotaciones.....	23
6.3 Rotaciones en otras especialidades.....	32
6.4 Rotaciones externas.....	34
6.5 Guardias.....	37
6.6 Actividades docentes.....	39
7. Evaluación del residente.....	46
8. Consejos generales.....	51

1. Bienvenida

Estimado Residente, en primer lugar, te agradecemos que hayas escogido el Hospital Universitario La Paz y nuestro Servicio para formarte como cirujano general y del aparato digestivo. Se inicia para ti una nueva y apasionante etapa. Nos sentimos muy satisfechos con tu incorporación y esperamos cumplir las expectativas que has puesto en nosotros. Para ello, no dudes que tendrás a tu disposición un servicio ilusionado en tu formación y unos compañeros residentes motivados para que tengas la oportunidad de desarrollar al máximo tus capacidades. Nuestro objetivo es formarte como profesional médico y especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo para que puedas asumir el alto grado de responsabilidad y competencias que te permita ejercer tu actividad en cualquier área sanitaria.

Has elegido una especialidad muy exigente que pondrá en juego tus conocimientos en la materia, tu capacidad investigadora y tus habilidades quirúrgicas que se irán forjando con la experiencia. Serán años difíciles en los que no estarás solo; pero, en los que también se va a pedir lo mejor de ti. Muchas serán las satisfacciones, pero no pocas serán las frustraciones. En esos momentos recuerda que cuentas con todos nosotros para ayudarte.

Te damos la bienvenida y esperamos que este itinerario despeje las dudas que puedas tener sobre tu formación. En cualquier caso, estamos a tu disposición para atenderte. Bienvenido a esta casa, que desde ahora es la tuya.

Misión, Visión y Valores del Servicio

Misión

La Misión del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) del Hospital Universitario La Paz es mejorar el nivel de salud de su población de referencia mediante la prestación de una asistencia sanitaria altamente especializada, personalizada y de calidad. Esto se garantiza mediante una Cartera de Servicios permanentemente actualizada, que incluye todos los procedimientos de la especialidad. Para ello, el servicio presenta una división en distintas áreas de capacitación y cuenta con medios materiales de última generación, como corresponde a un hospital de tercer nivel, lo que permite una asistencia de

calidad, segura y vanguardista, que responde a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Por otro lado, como parte de un hospital universitario, es misión del servicio contribuir a la formación de los alumnos de pregrado así como de los médicos internos residentes; y promover la innovación y la investigación de calidad en las áreas relacionadas con la Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Visión

Los profesionales del Servicio de Cirugía General lo vemos en el futuro como:

- Un servicio con acreditación externa de excelencia, a través de su política de calidad y seguridad del paciente.
- Un servicio reconocido por pacientes, familiares y profesionales.
- Un referente en Madrid y nacional en procedimientos quirúrgicos innovadores, en programas de trasplantes y en investigación, y que siga siendo una marca para la Comunidad de Madrid.

Valores

Las personas que trabajan en el servicio comparten una serie de ideas y valores:

- Orientación al ciudadano, respondiendo a sus expectativas y necesidades, mejorando su accesibilidad a los servicios sanitarios.
- Atención sanitaria humanizada fomentando la dignidad, privacidad y confidencialidad.
- Compromiso con el sistema sanitario público, realizando una utilización eficiente y responsable de los recursos; mejorando la relación coste/atención primando en todo momento la excelencia.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica.
- Mejora continua en la calidad y seguridad del paciente durante la asistencia prestada.
- Espíritu innovador, incorporando técnicas novedosas que permitan una cartera de servicios completa y permanentemente actualizada, fijando como horizonte la excelencia.

2.Marco geográfico

El Hospital Universitario La Paz es un hospital público de tercer nivel, dependiente de la Comunidad de Madrid. Situado en la zona norte de Madrid, es reconocido como centro de referencia y excelencia sanitaria, debido a su elevada actividad asistencial así como a su actividad docente e investigadora.

Descripción del centro

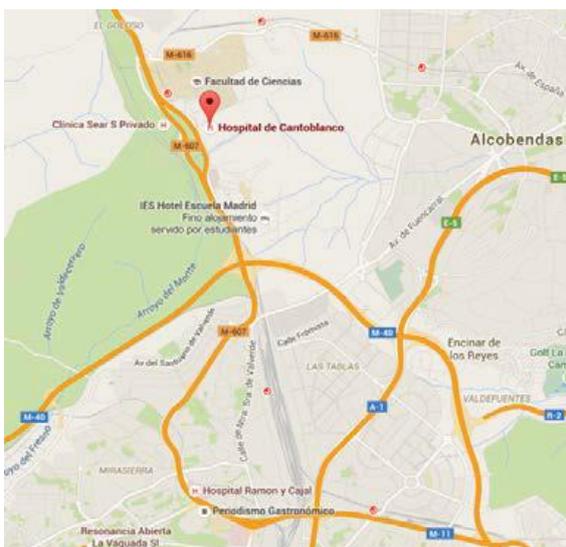
Desde la inauguración del Hospital General en julio de 1964, su fisonomía ha ido cambiando y creciendo hasta convertirse en el gran complejo hospitalario que hoy conocemos, con una infraestructura formada por un espacio de más de 235.000 metros cuadrados, compuesto por un entramado de 20 edificios que forman los cuatro hospitales principales: Hospital General, Hospital Maternal, Hospital Infantil, y Hospital de Traumatología y Rehabilitación, a los que hay que añadir el Hospital de Cantoblanco, adscrito a La Paz en 2005 y el Hospital Carlos III, adscrito a finales del año 2013 y con plena integración a lo largo de 2014.

El Hospital Universitario La Paz también atiende a su población asignada a través de los centros de especialidades de José Marv, Peagrande y el centro de salud integral de Colmenar Viejo Sur. Además, se suman las consultas habilitadas en los centros de Salud de Tres Cantos y Tres Cantos II, y de los Centros de Salud Mental Castroviejo, Colmenar Viejo, Tetuán, Fuencarral, Aguilnas y Tres Cantos.

Ubicación del Hospital



Hospital La Paz
 Paseo de la Castellana n 261
 Metro: Estación Begon, Línea 10



Hospital de Cantoblanco.
Colmenar Viejo M607 Km 14.500 (salida 15)



Hospital Carlos III
Calle Sinesio Delgado nº 10
Transportes:
Metro: Barrio del Pilar
Autobús: 147

Atención Especializada fuera del Hospital

A continuación, se muestran las direcciones y teléfonos de contacto de los Centros de Especialidades Periféricos dependientes del H. U. La Paz.

José Marv

Dirección: C/ Bravo Murillo, 317 28020 Madrid

Penagrande

Dirección: C/ Isla Cerdeña, S/N 28035 Madrid

Colmenar Viejo Sur

Dirección: Doctor Cecilio de la Morena Arranz, s/n 28770 Colmenar Viejo

3. Recursos humanos

JEFE DE SERVICIO

Dr. Constantino Fondevila Campo

COORDINADORES

Dr. José Luis Marijuan Martín (Sección Coloproctología)

Dr. Joaquín Gómez Ramírez (Sección Endocrino – Mama)

Dr. Sergio Salido Fernández (Sección Pared Abdominal CMA)

Dra. Susana Ayuela (Sección Hepatobiliopancreática)

Dra. Isabel Prieto Nieto (Sección Carcinomatosis peritoneal)

Dr. Federico del Castillo Díez, Dr. Ramón Corripio Sánchez
(Sección Esofagogastrica)

Dr. Alexander Forero Torres (Sección Cirugía de Urgencias)

ADJUNTOS

El Servicio consta de siete Secciones que se agrupan en tres áreas Asistenciales. Algunos de los miembros del Servicio participan activamente en varias Secciones, de carácter transversal.

ÁREA ASISTENCIAL DE CIRUGÍA GASTROINTESTINAL:

Sección de Cirugía Colorrectal y Proctología:

Dr. Mario Álvarez Gallego

Dr. Ramón Cantero Cid

Dra. Beatriz Díaz San Andrés

Dr. José Antonio Gazo Martínez

Dra. Natalia González Alcolea

Dra. Carolina González Gómez

Dr. José Luis Marijuan Martín (Coordinador)

Dra. Isabel Pascual Miguelañez

Dra. Inés Rubio Pérez

Dr. Fernando Tone Villanueva

Sección de Cirugía Esofagogastrica y Bariátrica

Dr. Ramón Corripio Sánchez

Dr. Federico del Castillo Díez

Dra. María Alexandra Heras Garceau

Dra. María Recarte Rico

ÁREA ASISTENCIAL DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA, ONCOLÓGICA Y TRASPLANTE:

Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Digestivo

Dra. Susana Ayuela García (Coordinadora)

Dr. Constantino Fondevila Campo

Dra. Amelia J. Hessheimer

Dra. Nuria Losa Boñar

Dra. Rula Nasimi Sabbagh

Dr. Juan Pedro Pérez Robledo

Dr. Javier Salinas Gómez

Sección Cirugía Oncológica Peritoneal, Retroperitoneal y de Partes Blandas

Dra. María Alexandra Heras Garceau

Dr. Juan Pedro Pérez Robledo

Dra. Isabel Prieto Nieto (Coordinadora)

Dr. Javier Salinas Gómez

ÁREA ASISTENCIAL DE CIRUGÍA GENERAL:

Sección de Cirugía Endocrinológica y de la Mama

Dr. Joaquín Gómez Ramírez (Coordinador)

Dra. Jenny Guevara Martínez

Dra. Elisa York Pineda

Dr. Camilo Zapata Syro

Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y de la Pared Abdominal

Dr. Sergio Salido Fernández (Coordinador)

Dr. Eduardo Gutiérrez Iscar

Dr. Luis Moquillaza Soller

Dra. Susana Piñeiro Redondo

Dra. María Recarte Rico

Sección Cirugía de Urgencias

Dr. Alexander Forero Torres (Coordinador)

Dr. Eduardo Gutiérrez Iscar

Dra. Rula Nasimi Sabbagh

Dr. Santiago Valderrábano González

RESIDENTES

Residentes 5º año

Dr. Luis Asensio Gómez

Dr. Alberto Gegúndez Simón

Dr. Aitor Urbieto Jiménez

Dra. Marina Vicario Bravo

Residentes 4º año

Dr. Pablo César Arteaga Asensio

Dr. Fernando Prieto La Noire

Dr. Andreas Georgiades

Residentes 3er año

Dr. Fuad Samir López Fernández

Dra. María del Mar Olmedo Reinoso

Dr. Francisco Javier Reinoso Lozano

Residentes 2º año

Dra. Celia Castillo Marcos

Dr. Esteban Díaz Serrano

Dra. Blanca Monje Vera

Residentes 1er año

Dra. Rebeca Abad Moret
Dra. Kriss Huerta Serracín
Dra. Ana Belén Suárez Enríquez

SUPERVISORAS DE PLANTA

- **Supervisora 3ª Planta:** Inés Narrillos Martín
- **Supervisora 5ª Planta:** Elena Martínez de Castro

SUPERVISORAS DE QUIROFANOS

Dña. Concepción de Juan	Dña. Purificación Vega
Dña. Judith Zunino	Don Jaime Fernández

ENFERMERAS/OS DE CONSULTA

Don. Sergio Torres Cobos	Dña. María de la Antonia Montoro
--------------------------	----------------------------------

TUTORES DE RESIDENTES

Dr. Alexander Forero Torres
Dr. José Antonio Gazo Martínez
Dra. Natalia González Alcolea
Dr. Juan Pedro Pérez Robledo
Dra. Isabel Prieto Nieto
Dra. Inés Rubio Pérez

4. Cartera de Servicios

La Cartera de Servicios incluye todos los procedimientos de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, lo que permite atender de manera integral y multidisciplinaria las necesidades de la población de referencia y los pacientes derivados desde otros centros. Incluye desde la cirugía menor a la altamente especializada, tanto urgente como programada.

4.1 Procedimientos incluidos en la cartera de Servicios

Cirugía del esófago y gastroduodenal

- Cirugía de los divertículos esofágicos vía toracoscópica y laparoscópica
- Cirugía del reflujo gastroesofágico vía abierta y laparoscópica
- Tratamiento de la hernia diafragmática
- Tratamiento de los trastornos motores del esófago
- Tratamiento del traumatismo-perforación esofágica
- Cirugía de los tumores benignos del esófago
- Cirugía del cáncer de esófago mediante técnicas mínimamente invasivas (toracoscópica y abdominal)
- Tratamiento de la úlcera gastroduodenal
- Tratamiento de los tumores gástricos benignos
- Tratamiento del cáncer de estómago mediante gastrectomía total, subtotal, resecciones atípicas con linfadenectomía D1, D1 plus, D2 de forma abierta o laparoscópica
- Cirugía de la obesidad mórbida (laparoscópica)

Cirugía de intestino delgado

- Tratamiento de los tumores benignos o malignos de intestino delgado
- Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (resecciones intestinales, estricturoplastias)
- Tratamiento de los divertículos de intestino delgado, incluido el Meckel

Cirugía colorrectal

- Patología del apéndice
- Tratamiento de las malformaciones congénitas colorrectales
- Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (panproctocolectomía con reservorio ileoanal o ileostomía terminal, colectomía con anastomosis ileorrectal)
- Enfermedad diverticular del colon
- Tratamiento de los pólipos no resecables endoscópicamente y poliposis de colon
- Tratamiento de los tumores de colon, recto y ano (abierta y laparoscópica incluyendo abordaje TAMIS, TaTME)
- Tratamiento de las fístulas rectovaginales y rectovesicales
- Traumatismos colorrectales y de ano

- Tratamiento del estreñimiento y del síndrome defecatorio obstructivo
- Cirugía de la endometriosis profunda en combinación con el Servicio de Ginecología
- Neuromodulación de raíces sacras para tratamiento de la incontinencia, del estreñimiento y del síndrome de resección anterior baja

Proctología

- Cirugía de hemorroides: Milligan Morgan, Ferguson, Desarteriolización hemorroidal THD
- Cirugía de la fístula perianal y fístula perianal asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (seton, fistulotomía, fistulectomía, colgajo de avance, LIFT, láser, células madre)
- Cirugía de la fisura anal (esfínterotomía lateral interna, toxina botulínica)
- Cirugía de la estenosis anal
- Tratamiento de las lesiones anales producidas por el virus del papiloma humano (VPH) en combinación con el Servicio de Dermatología
- Tratamiento del sinus pilonidal (técnica abierta, cerrada, láser)

Patología Suelo Pélvico

- Tratamiento quirúrgico del rectocele, prolapso rectal interno, prolapso rectal (abordaje perineal, laparoscópico)
- Tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal (gatekeeper, sphinctkeeper, esfinteroplastia, neuroestimulación de raíces sacras)

Cirugía hepática – biliar

- Tratamiento de la hidatidosis hepática
- Traumatismo hepático
- Tratamiento de los tumores hepáticos primarios y metástasis. Resecciones hepáticas con o sin radiofrecuencia asociada, vía abierta y laparoscópica.
- Ecografía hepática intraoperatoria
- Tratamiento de las lesiones hepáticas con Itrio⁹⁰, con electroporación y con microondas
- Tratamiento de la hipertensión portal
- Tratamiento del colangiocarcinoma y tumores de la vía biliar principal.
- Tratamiento de la litiasis biliar / coledocolitiasis abierta o laparoscópica con coledocoscopia
- Tratamiento de las estenosis no tumorales de la vía biliar
- Tratamiento de las lesiones quísticas de la vía biliar
- Tratamiento de patología inflamatoria de la vía biliar
- Tratamiento sincrónico de las metástasis hepáticas – tumor primario de colon

Cirugía pancreática

- Tratamiento de la pancreatitis aguda / crónica
- Tratamiento de los tumores periampulares
- Tratamiento de los tumores del páncreas (duodenopancreatectomía cefálica, pancreatectomía central, pancreatectomía distal)
- Cirugía de los tumores neuroendocrinos pancreáticos (localización intraoperatoria ecográfica, enucleación, resección pancreática)

- Cirugía pancreática por abordaje mínimamente invasivo

Cirugía del bazo

- Tratamiento quirúrgico del traumatismo esplénico
- Tratamiento de los quistes esplénicos
- Tratamiento de la patología tumoral
- Tratamiento quirúrgico del hiperesplenismo (enfermedades hematológicas)

Cirugía del retroperitoneo

- Cirugía de tumores retroperitoneales benignos
- Cirugía de tumores retroperitoneales malignos

Cirugía endocrinológica

- Procedimientos sobre el conducto tirogloso
- Cirugía de la glándula tiroides (hemitiroidectomía, tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar cervical funcional y radical, central y lateral, uni o bilateral)
- Cirugía de las glándulas paratiroides (paratiroidectomía, paratiroidectomía subtotal o total con criopreservación y autotraslante)
- Cirugía sobre la glándula suprarrenal

Cirugía de la mama

- Tratamiento quirúrgico de la patología benigna de la mama (ginecomastia, fibroadenoma, tumor Phylloides)
- Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama (tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía simple, mastectomía radical, linfadenectomía axilar, biopsia selectiva de ganglio centinela, ROLL, SNOLL, técnicas oncoplásticas, reconstrucción mamaria inmediata en colaboración con el Servicio de Cirugía Plástica)
- Abordaje mínimamente invasivo de la cirugía de mama y región axilar

Cirugía de la pared abdominal

- Tratamiento de las hernias tanto de línea media como laterales o lumbares mediante abordaje abierto o laparoscópico (TAPP, TEP)
- Tratamiento de la eventración, tanto de línea media como laterales mediante técnicas abiertas (supraaponeurótica, Rives, intraabdominal, separación anterior de componentes, separación posterior de componentes) o laparoscópicas (IPOM)
- Toxina botulínica. Neumoperitoneo progresivo preoperatorio
- Tratamiento quirúrgico de los tumores de la pared abdominal

Cirugía mayor ambulatoria

- Pared abdominal
- Proctología
- Mama
- Partes blandas. Tratamiento de los tumores y otras lesiones cutáneo-mucosas bajo anestesia local.

Cirugía oncológica

- Cirugía citorreductora con quimioterapia hipertérmica complementaria (HIPEC)
- Quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria laparoscópica (PIPAC)

Cirugía urgente

- Tratamiento de la perforación de víscera hueca
- Tratamiento de la hemorragia digestiva alta
- Tratamiento de la hemorragia digestiva baja
- Tratamiento de la isquemia mesentérica
- Tratamiento de la obstrucción intestinal
- Tratamiento de la apendicitis aguda
- Tratamiento de la colecistitis aguda
- Tratamiento del megacolon
- Tratamiento del vólvulo de colon
- Cirugía del paciente politraumatizado
- Drenaje de absceso perianal
- Cirugía urgente de pared abdominal (hernias y eventraciones encarceradas)

5. Programa de la especialidad

5.1 Programa oficial de la Especialidad según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Comisión Nacional de la Especialidad

Los programas formativos se definen por el Ministerio de Sanidad y son acordados con las Comisiones Nacionales de cada especialidad. El programa oficial de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo se puede ver en el siguiente enlace: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-9409>

Mediante la Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, se aprueba y publica el último programa formativo de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD). El Título de Especialista en CGAD se equipará al resto de los países de la Unión Europea y se denomina de Especialista en Cirugía General.

Exige la acreditación de la formación en la función asistencial, clínica y quirúrgica, docente, de formación teórica relacionada con su práctica clínica y la investigadora, todo ello con el fin de adquirir unos conocimientos y destrezas propios de la especialidad.

En cuanto a la normativa de Docencia Postgrado la normativa más relevante es la siguiente:

- Orden del 22 junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas
- Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada. en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.

5.2 Definición de la Especialidad y sus competencias

La Cirugía General y del Aparato Digestivo es una especialidad quirúrgica consolidada en la que hay que analizar los niveles de complejidad asistencial, el papel de la investigación y los procedimientos de enseñanza y formación continuada. Probablemente en los próximos años se precise una revisión del programa formativo justificado por varios motivos. En primer lugar, el espectro epidemiológico del que se venía ocupando esta especialidad se ha modificado considerablemente, reduciéndose en unas áreas, al aparecer alternativas terapéuticas tan eficaces como la cirugía y menos cruentas (enfermedad por reflujo gastro-esofágico, úlcera péptica duodenal no complicada, etc.), y ampliándose en otras (trasplante de órganos, cirugía de la obesidad mórbida, etc.) En efecto la eclosión de los trasplantes de órganos obliga a todos los especialistas en CGAD al conocimiento de su inmunobiología, así como a la detección y mantenimiento de los potenciales donantes de órganos, independientemente del nivel de su hospital futuro. En segundo lugar, se ha puesto de manifiesto que la dedicación especial a campos concretos mejora extraordinariamente los resultados de la cirugía, lo que ha propiciado el desarrollo de áreas de capacitación o de especial interés dentro del contexto de la especialidad de CGAD. En estas áreas, el cirujano, ante determinadas patologías (cáncer de esófago, cáncer de páncreas, trasplante hepático, etc.) forma parte de un equipo multidisciplinar trabajando en estrecho contacto con otros especialistas no quirúrgicos (gastroenterólogos, radiólogos, patólogos, etc.) En tercer lugar, el Sistema Sanitario ha asistido al desarrollo de nuevas tecnologías, entre las que deben destacarse aquellas que permiten la ejecución de procedimientos de cirugía mínimamente invasiva (fundamentalmente cirugía endoscópica) cuyas indicaciones y técnicas deben ser enseñadas con detenimiento. Por último, es fundamental que el futuro especialista en CGAD se forme en: metodología de la investigación clínica; gestión clínica, (en una era de recursos limitados); en el conocimiento de herramientas que influyen directamente sobre la calidad de la asistencia, (como la cirugía mayor ambulatoria –CMA); y en bioética, que ayudarán al profesional a enfrentarse a la progresiva judicialización de la asistencia médica.

El residente debe adquirir las destrezas propias del cirujano general y del aparato digestivo, de tal suerte que al final de su periodo de aprendizaje haya conseguido en primer lugar, lograr una formación óptima como cirujano general, capaz de asumir sus funciones y sus responsabilidades en un centro de nivel comarcal o de área. En segundo lugar, y especialmente durante los dos últimos años de residencia se iniciará una formación específica complementaria en una de las áreas de capacitación o especial

interés dentro del campo de la CGAD Para el alcance de dichos objetivos, el residente irá avanzando progresivamente en los grados de complejidad quirúrgica, a la vez que irá asumiendo, también progresivamente, una mayor responsabilidad.

5.2.1 Niveles de complejidad

La definición de la especialidad debe abarcar tres vertientes o niveles de complejidad y actuación:

El **primer nivel** se corresponde con su ámbito primario de actuación. El especialista en CGAD tiene todas las competencias sobre la patología quirúrgica, electiva y urgente, de los siguientes sistemas, aparatos y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello.

El **segundo nivel** hace referencia a competencias subsidiarias en determinadas circunstancias. La Cirugía General y del Aparato Digestivo ha de ocuparse del planteamiento inicial y la resolución, hasta cierto nivel de complejidad, de la patología quirúrgica urgente que pertenece, en principio, al campo de acción de otras especialidades quirúrgicas, cuando el cirujano general asume la responsabilidad de dicha asistencia en un escalón hospitalario intermedio, como son los hospitales comarcales y de área. A estos efectos es en los problemas urgentes de otras especialidades (Cirugía Vasculat, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Cirugía Plástica), en los que el cirujano general debe poseer la competencia necesaria y asumir la responsabilidad de dicha asistencia, antes de su traslado, (si es necesario y en las condiciones adecuadas), al hospital de nivel superior en el que las citadas especialidades estén disponibles.

El **tercer nivel** de actuación de la CGAD se relaciona con la primordial atención que presta a los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía. La profundización en estos principios básicos dota a esta especialidad de una amplia base formativa que facilita su potencial polivalencia, tanto para la asistencia, como para la investigación y la docencia, pudiendo considerarse como paradigma de disciplina troncal entre las especialidades quirúrgicas.

Entre estos fundamentos se incluyen: los principios de la técnica quirúrgica; las bases de la cirugía endoscópica; el proceso biológico de la curación de las lesiones traumáticas; la respuesta biológica a la agresión accidental o quirúrgica, con sus desviaciones que incluyen los fracasos uní o multiorgánicos; la valoración preoperatoria del paciente; los cuidados intensivos en el paciente quirúrgico; las infecciones en cirugía y cirugía de las infecciones; la inmunología y cirugía; la nutrición y cirugía; las bases biológicas y técnicas de los trasplantes de órganos; y los principios de la cirugía oncológica.

5.2.2 Niveles de responsabilidad

El sistema de residencia se base en el aprendizaje mediante la adquisición progresiva de responsabilidades. Así, en los primeros años de residencia su labor asistencial debe estar vigilada y asesorada por médicos especialistas, cuidando en todo momento de que el paciente reciba una asistencia correcta. En los últimos años de la residencia requerirá una tutorización decreciente de forma que tomes decisiones por si mismo, asumiendo las responsabilidades propias del cirujano general y digestivo. En todo caso deberá contar con un referente para, en caso de duda, poder consultar en todo momento. Para cualquier duda consulta el protocolo de supervisión del residente disponible en tu unidad docente.

En cuanto al nivel de responsabilidad se distinguen 3 niveles:

El **nivel 1** es aquel que permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una tutorización inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa.

El **nivel 2** posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del staff.

El **nivel 3** se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

5.3. Objetivos Generales de la formación

El **primer objetivo** ha de ser la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden primariamente a la CGAD, tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos como urgentes y tanto en el ámbito de un hospital comarcal o de área como en un hospital de referencia. Debe entenderse que este primer objetivo ha de formar profesionales con capacidad para desarrollar dos perfiles asistenciales diferentes, relacionados con el hospital donde vayan a ejercer su función. En un hospital comarcal o de área, el profesional deberá responder al perfil de cirujano general en sentido estricto, con capacidad para asistir problemas urgentes de otras especialidades. En cambio, en un hospital de referencia, la responsabilidad de este especialista se centra en sus actividades como cirujano del aparato digestivo, endocrino y mama.

El **segundo objetivo** de este programa es iniciar la formación complementaria en alguna de las áreas de capacitación o de especial interés, según las circunstancias de cada residente y las de cada hospital.

Cumplida la residencia, el grado de implicación de un especialista con alguna de estas áreas dependerá del progreso de cada cirujano, las necesidades de la población y del contexto hospitalario en que se desenvuelva su actividad profesional.

El **tercer objetivo** fundamental del programa es la formación adecuada del residente en investigación con el fin de que adquiera una mentalidad crítica y abierta frente a la avalancha informativa respecto a los avances y nuevas tecnologías, que se presenten a lo largo de su vida profesional. La investigación también permite que el residente tome conciencia de que, desde su puesto de trabajo, sea el que fuere, puede contribuir al progreso de la ciencia médica.

Nuestra filosofía del tratamiento y seguimiento integral del paciente busca la formación de profesionales versátiles, completos y con capacidad de reacción, rechazando la idea que identifica al cirujano como mero ejecutor de una técnica quirúrgica, más o menos compleja o invasiva, y que apenas tiene otra relación con el paciente que la que existe en el quirófano. En nuestra opinión, el cirujano es un médico que además opera. Al final del programa formativo los residentes deben haber alcanzado un nivel de conocimientos, habilidades prácticas y actitudes que les capacite para el desempeño actualizado de la especialidad con la garantía de eficacia y seguridad.

5.3.1 Formación asistencial

Durante la residencia el Médico Interno Residente (MIR) tendrá un **Tutor** que asegure su formación y una tutoría delegada cuando realice las rotaciones.

Durante los 5 años el Residente irá desarrollando progresivamente sus **habilidades quirúrgicas**, comenzando como segundo ayudante, posteriormente como primero, para comenzar a practicar desde la cirugía menor y cierre de laparotomías el primer año, hasta realizar cirugía laparoscópica, hepática, pancreática o esofágica el último año. Desde su incorporación al servicio, será incluido en los equipos de guardia.

Al cabo del **primer año** el residente debe ser capaz de hacer correctamente, una historia clínica, el examen físico, la investigación complementaria con una utilización eficiente que tenga en cuenta la relación coste / beneficio para el hospital y el paciente, tendrá una actitud humana de intercomunicación con el enfermo. Será su responsabilidad mostrar un interés por la docencia que obligue a sus docentes a cumplir con la obligación de formarle en la especialidad, como

nuestro Juramento Hipocrático recoge. Realizará el seguimiento periódico de los pacientes operados, según protocolos viendo los resultados a medio y largo plazo, preguntando al paciente por su grado de satisfacción o resultados subjetivos.

Desarrollará unas **habilidades mínimas** tales como: control de la reposición de líquidos y electrolitos, control de la nutrición parenteral, utilización eficiente de antibióticos, diagnóstico de las complicaciones postoperatorias, tratamiento de las heridas y sus complicaciones, técnicas de asepsia y antisepsia, colocación de catéteres (intravenosos, centrales) y sondas (nasogástrica, vesical), realización de anestesia local y sutura de partes blandas.

Debe entrenarse en la **exposición oral** de los casos clínicos en las sesiones, llevando a cabo las monográficas y bibliográficas.

Durante el **quinto año** podrá iniciar su formación en las áreas de capacitación específica de la especialidad, actuará bajo la supervisión directa del Jefe de Servicio, o en su defecto de los de Sección, asumirá las responsabilidades de un Adjunto. Contribuirá a la formación de otros residentes menores, realizará las cirugías de mayor grado de complejidad debiendo haber practicado un amplio número de procedimientos y una variedad importante de patología.

5.3.2 Formación teórica

El MIR, adquirirá los **conocimientos** necesarios que se ajustarán paralelamente a la formación asistencial, participando activamente en todas las sesiones clínicas, bibliográficas, monográficas y de morbi-mortalidad. Un 10% del horario semanal debe ser dedicado a la formación teórica, con estudio individualizado en biblioteca y videoteca. Deberá asistir a sus cursos de **formación continuada**, congresos conferencias, mesas redondas...

El residente debe ser instruido en técnicas de preparación oral de **comunicaciones** científicas, **escritura de textos científicos** para revistas y libros, participación en la docencia pregrado.

Dentro de la formación teórica de interés para el desarrollo de la especialidad en áreas complementarias podemos destacar: estadística, gestión, calidad asistencial, "medicina basada en la evidencia", idiomas e informática.

5.3.3 Formación para la investigación.

Conocer y adquirir experiencia en la metodología y en la praxis de la investigación, tanto experimental como clínica, ya que contribuye a un pensamiento crítico. Para ello es necesaria la integración del Residente, en los dos últimos años de su formación, en un equipo de investigación del Servicio que esté desarrollando un proyecto concreto.

5.4. Baremo orientativo para la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas en cirugía general y del aparato digestivo*:

Grado 1. Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario. Exéresis de hidradenitis axilar o inguinal. Amputación menor. Punción torácica.

Grado 2. Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Herniorrafia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta. Inserción de trócares laparoscópicos. Gastroyeyunostomía. Píloroplastia. Sutura de una perforación Colectomía abierta. Enterectomía segmentaria.

Grado 3. Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colectomía laparoscópica. Funduplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.

Grado 4. Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Mastectomía radical modificada. Tiroidectomía subtotal/total. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía. Funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje del esófago cervical. Adrenalectomía abierta.

Grado 5. Esofagectomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas.

** Esta valoración es solamente aproximada, ya que la complejidad de una intervención depende, obviamente, de otras variables.*

5.5. Número mínimo de intervenciones quirúrgicas recomendadas que debe haber realizado un residente como cirujano al término de su residencia*:

Cirugía Esofagogástrica:

Cirugía antirreflujo: 3.
Hernia paraesofágica: 1.
Achalasia: 1.
Abordaje del esófago cervical: 1.
Úlcera péptica complicada: 8.
Gastrectomías: 3.

Coloproctología:

Hemorroidectomía: 15.
Esfinterotomía interna: 10.
Fístulas/Abscesos: 20.
Colectomías: 10.
Resección de recto: 3.
Colostomías e ileostomías :8

Cirugía Hepatobiliopancreática:

Resección hepática: 4.
Colecistectomía abierta: 5.
Cirugía de la VBP: 4.
Esplenectomía: 3.

Cirugía endocrina:

Tiroidectomía: 10.
Paratiroidectomía: 2.

Cirugía mamaria:

Cirugía de mama benigna: 15.
Cirugía cáncer de mama: 6.

Cirugía de la pared abdominal:

Reparación de hernia inguinocrural: 25.
Reparación de hernia umbilical: 5.
Eventraciones: 10.

Cirugía Laparoscópica (30):

Al menos 15 colecistectomías.

Urgencias:

Intervenciones de todo tipo: 200 (muchas de ellas incluidas en las restantes áreas).

*Estas cifras son las recogidas en el plan de la especialidad, y son sólo orientativas.

5.6 Plazas acreditadas en el HULP

La UD de Cirugía General y del Aparato Digestivo oferta **tres plazas de MIR por año** y convocatoria estando cubiertas en su totalidad en la actualidad.

6. Programa anual de rotación

Siguiendo las directrices establecidas por la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y Digestivo y en mutuo acuerdo y consenso con la Comisión de Docencia del Hospital, se establece el Programa de Rotaciones. Este programa de rotaciones puede variar de unos años a otros, según la disponibilidad de los diferentes servicios y también de acuerdo con las opiniones de los residentes de años anteriores.

6.1 Plan genérico de rotaciones

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
R5 Luis	END	COLON	URGENCIAS	PARED	HBP			EGD				
R5 Aitor	HBP				COLON			PARED	EGD-OB			
R5 B Marina	COLON				PARED	EGD-OB			HBP			
R5 C Alberto	EGD-OB			PARED	HBP			COLON				
R4 A Fernando	URGENCIAS	PARED		END	TX HEPÁTICO	HBP		EGD-OB	COLON			
R4 B Andreas	HBP	TX HEPÁTICO	HBP	COLON		EGD-OB	PARED	PARED	URGENCIAS	PARED	END	
R4 C Pablo	COLON			EGD-OB	URGENCIAS	PARED		END	HBP	TX HEPÁTICO	HBP	
R3 A Fran	PEDIA	URGENCIAS			REA	END	COLON		EGD-OB	HBP		
R3 B Mar	EGD-OB		HBP		PEDIA	URGENCIAS			REA	END	COLON	
R3 C Fuad	END	COLON	EGD-OB		HBP		PEDIA	URO	URGENCIAS			
R2 A Esteban	VASCULAR		EGD-OB		HBP		URO	TORÁCICA		PLÁSTICA	END	COLON
R2 B Blanca	URO	HBP		VASCULAR		TORÁCICA		EGD-OB		COLON	PLÁSTICA	END
R2 C Celia	PLÁSTICA	END	COLON	TORÁCICA		VASCULAR		HBP		URO	EGD-OB	
R1 A Rebeca	URGENCIAS		HBP		EGD-OB		PARED	RX	COLON		END	
R1 B Kriss	HBP		URGENCIAS		COLON		END	RX	EGD-OB		PARED	
R1 C Belén	COLON		END		HBP		EGD-OB		PARED	URGENCIAS	RX	URGENCIAS
PEDIA 1	END	EGD-OB	PARED	COLON	HBP			COLON	URGENCIAS	HBP	PARED	
PEDIA 2	PARED	END	EGD-OB	PARED	HBP		COLON		URGENCIAS			
URO1 Carlos	COLON		PARED	COLON	URGENCIAS		COLON	PARED				
URO2 Alejandra	PARED			COLON		URGENCIAS						
TORACICA	HBP		END	EGD	END		HBP					
VASCULAR Ana	EGD		HBP	PARED	COLON							
MAXILO 1	EGD				END							
MAXILO 2	EGD							END				
PLÁSTICA 1	END			PARED								
PLÁSTICA 2	END		PARED	END		PARED						

Durante la residencia los residentes se formarán en cada una de las áreas de la Cirugía General y del Aparato Digestivo:

- Sección Coloproctología (“COLON”)
- Sección Hepatobiliopancreática (“HBP”; incluye la cirugía HIPEC)
- Sección Esofagogástrica y obesidad (“EGD-OB”)
- Sección Pared abdominal y Cirugía Mayor Ambulatoria (“PARED”)
- Sección Cirugía Endocrina y Mama (“END”)
- Sección Cirugía Urgencias (“URGENCIAS”)

6.2 Objetivos y actividades de las rotaciones

Procedimientos y técnicas que el residente debe aprender al margen de las intervenciones quirúrgicas:

- Historia clínica e identificación de problemas.
- Exploración física del paciente. Exposición oral de la historia clínica.
- Conocer los protocolos de preparación preoperatoria.
- Colocar una sonda nasogástrica. Colocar un catéter intravenoso.

- Colocar una sonda vesical.
- Colocar un catéter venoso central.
- Redactar una hoja operatoria.
- Ordenar un tratamiento postoperatorio.
- Controlar la reposición de líquidos y electrolitos.
- Controlar una nutrición parenteral.
- Diagnosticar desviaciones de la evolución postoperatoria.
- Tratar las heridas operatorias y sus complicaciones.
- Realizar una anestesia local. Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano.
- Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico.
- Preparar el campo operatorio.
- Control y extracción de drenajes postoperatorios.
- Actualizar de forma diaria el listado de pacientes ingresados
- Conocimiento de la situación clínica de todos los pacientes
- Redactar un informe de alta.

SECCIÓN COLOPROCTOLOGÍA

COLORRECTAL R1

- Hospitalización: Valoración preoperatorio (pruebas necesarias, preparación). Completar historia clínica del paciente en el momento del ingreso. Aprendizaje postoperatorio normal y diagnóstico de complicaciones. Cura de heridas quirúrgicas. Explicar consentimientos informados. Información a familiares. Elaboración informe de alta bajo supervisión. Actualización diaria del listado del pase de planta.
- Quirófano: Aprendizaje del lavado quirúrgico de manos y preparación del campo quirúrgico. Asepsia y antisepsia. Cierre de laparotomía media. Inserción y cierre trócares laparoscópicos. Óptica en cirugía de colon. Patología anorrectal. Esfinterotomía, fistulotomía, colocación de setones. Sinus pilonidal.
- Urgencias: Manejo de la patología proctológica habitual en el ámbito de urgencias. Síndrome de Ogilvie. Manejo del vólvulo de colon. Manejo inicial de las diverticulitis agudas. Manejo del ileo postquirúrgico.
- Investigación / Cursos: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos

COLORRECTAL R2

- Hospitalización: Valoración preoperatorio (pruebas necesarias, preparación). Completar historia clínica del paciente en el momento del ingreso. Identificación de desviaciones del postoperatorio normal. Cura de heridas quirúrgicas en planta. Explicar y entregar consentimientos informados.
- Quirófano: Apertura laparotomía media. Cierre laparotomía media. Cierre de ileostomía lateral. Óptica en cirugía de colon.
- Urgencias: Manejo inicial de tumores obstructivos de colon.
- Investigación / Cursos: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos

COLORRECTAL R3

- Hospitalización: Supervisión al R1 en la elaboración de la historia clínica al ingreso y en la preparación prequirúrgica. Realizar hoja morbimortalidad al alta.
- Quirófano: Cirugía de colon abierta. Realizar estomas: elección tipo estomas, confección, cuidados en postoperatorio, complicaciones. Patología anorrectal y pasos en cirugía laparoscópica colónica. Neuroestimulación raíces sacras.
- Consulta: Consulta Ostromías
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos.

COLORRECTAL R4

- Hospitalización: Pase de visita diario de los pacientes ingresados en la sección de Coloproctología. Firmar tratamiento al alta MUP.
- Quirófano: Hemicolectomía derecha laparoscópica. Resección segmentaria izquierda (pasos de la cirugía). Sigmoidectomía laparoscópica. Colectomía subtotal abierta. Intervención Hartmann. Primer ayudante en cirugía de colon. Cirugía suelo pélvico. Neuroestimulación raíces sacras. Endometriosis.
- Investigación: Curso Colorrectal AEC.

COLORRECTAL R5

- Hospitalización: Pase de visita. Supervisión residentes pequeños. Capacidad para firmar MUP. Participación en comité tumores y comité enfermedad inflamatoria intestinal.
- Quirófano: Hemicolectomía derecha laparoscópica. Resección segmentaria izquierda. Sigmoidectomía laparoscópica. Resección anterior de recto laparoscópica (recto alto). Reconstrucción del tránsito. Primer ayudante exenteración, amputación abdominoperineal. TAMIS. Cirugía enfermedad inflamatoria intestinal. Colectomía subtotal laparoscópica. Panproctocolectomía con reservorio.
- Urgencias: Manejo dehiscencias anastomóticas.
- Consulta: Consulta Oncológicos. Valoración decisión inclusión en lista de espera, presentar en comité de tumores. Preparación y optimización preoperatoria.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos.

SECCIÓN HEPATOBILIOPANCREÁTICA

HEPATOBILIOPANCREÁTICA R1

- Hospitalización: Valoración preoperatorio (pruebas necesarias, preparación). Completar historia clínica del paciente en el momento del ingreso. Aprendizaje postoperatorio normal y diagnóstico de complicaciones. Cura de heridas quirúrgicas. Consentimientos informados. Información a familiares. Elaboración informe de alta. Actualización diaria del listado del pase de planta.

- Quirófano: Aprendizaje del lavado quirúrgico de manos y preparación de distintos campos quirúrgicos en cirugía abierta y laparoscópica. Asepsia y antisepsia. Cierre de laparotomía subcostal, en J e incisión de Pfannenstiel. Inserción y cierre trócares laparoscópicos. Óptica en colecistectomías.
- Urgencias: Manejo cólico biliar, colecistitis aguda: pruebas diagnósticas y antibioterapia.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad.

HEPATOBILIOPANCREÁTICA R2

- Hospitalización: Manejo del paciente ingresado en la unidad HBP. Interpretación de técnicas de imagen. Conocimiento de los protocolos de la unidad. Valoración preoperatoria (pruebas necesarias, preparación). Completar historia clínica del paciente en el momento del ingreso. Identificación de desviaciones del postoperatorio normal. Cura de heridas quirúrgicas en planta. Explicar y entregar consentimientos informados.
- Quirófano: Patología no tumoral de vesícula y vía biliar: anatomía. Colelitiasis. Colecistitis. Coledocolitiasis.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Preparación de abstracts para congresos.

HEPATOBILIOPANCREÁTICA R3

- Hospitalización: Pancreatitis aguda. Diagnóstico. Clasificación. Complicaciones. Tratamiento.
- Quirófano: Colecistectomía laparoscópica. Segundo ayudante cirugía hepática y pancreática.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Participación en congresos y ayuda en la preparación de manuscritos.

HEPATOBILIOPANCREÁTICA R4

- Hospitalización: Manejo del algoritmo diagnóstico y de tratamiento de las lesiones quísticas pancreática. Pase de visita diario de los pacientes ingresados en la sección de HBP. Firmar tratamiento al alta MUP.
- Quirófano: Primer y segundo ayudante cirugía mayor hepática y pancreática. Maniobra de Kocher y aislamiento hilio hepático. Colecistectomía abierta del Whipple y anastomosis gastro-yeyunal. Inicio de laparoscopia, realización de pneumoperitoneo. Movilización hepática. Transección hepática. Acceso a glándula pancreática en pancreatectomía corporocaudal laparoscópica.
- Investigación: Curso Hepatobiliopancreática AEC. Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Participación en congresos y en artículos científicos.

HEPATOBILIOPANCREÁTICA R5

- Hospitalización: Manejo de las estrategias onco-quirúrgicas de patología hepática tumoral primaria y metastásica y del carcinoma de vesícula; patología pancreática. Supervisión residente pequeño. Capacidad para firmar MUP. Participación en comité tumores.
- Quirófano: Primer y segundo ayudante cirugía mayor hepática y pancreática. Resecciones hepáticas menores. Maniobra de Kocher y aislamiento hilio hepático. Cirujano principal o primer ayudante fase resectiva Whipple

Colecistectomía abierta y anastomosis gastro-yeyunal. Inicio de laparoscopia, realización de pneumoperitoneo. Movilización hepática. Transección hepática. Acceso a glándula pancreática en pancreatometomía corporocaudal laparoscópica. Esplenectomía.

- Consulta: Consulta Oncológicos. Valoración decisión inclusión en lista de espera, presentar en comité de tumores. Preparación y optimización preoperatoria.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Curso HBP y Trasplantes AEC. Curso sobre Trasplante de Órganos Sólidos Abdominales Hospital Río Hortega.

SECCIÓN ESOFAGOGÁSTRICA - OBESIDAD

ESOFAGOGÁSTRICA – OBESIDAD R1

- Hospitalización: Valoración preoperatorio (pruebas necesarias, preparación). Aprendizaje postoperatorio normal y diagnóstico de complicaciones. Cura de heridas quirúrgicas. Consentimientos informados. Información a familiares. Elaboración informe de alta. Actualización diaria del listado del pase de planta.
- Quirófano: Aprendizaje del lavado quirúrgico de manos y preparación de campos quirúrgicos. Asepsia y antisepsia. Cierre de laparotomía media. Cierre trócares laparoscópicos
- Investigación: Preparación sesión clínica. Cursos.

ESOFAGOGÁSTRICA – OBESIDAD R2

- Hospitalización: Manejo del paciente intervenido de patología esofagogástrica. Detección y resolución de complicaciones
- Quirófano: Yeyunostomía de alimentación.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos.

ESOFAGOGÁSTRICA – OBESIDAD R3

- Hospitalización: Manejo del paciente intervenido de patología esofagogástrica. Detección y resolución de complicaciones.
- Quirófano: Cirujano en antrectomía de casos seleccionados. Laparoscopia de estadiaje en cáncer gástrico. Cirujano en hernias de hiato y reflujo gastroesofágico laparoscópico
- Investigación: Curso iniciación cirugía obesidad AEC.

ESOFAGOGÁSTRICA - OBESIDAD R4

- Hospitalización: trastornos de movilidad, divertículos, tumores benignos. Manejo del paciente intervenido de patología esofagogástrica. Detección y resolución de complicaciones
- Quirófano: Cirujano en gastrectomía subtotal de casos seleccionados. Cirujano en hernias de hiato y reflujo gastroesofágico laparoscópico. Gastrectomía tubular.

- Urgencias: Manejo de complicaciones tras cirugía esofagogástrica.
- Consulta: Consulta Obesidad. Comité. Evaluación prequirúrgica multidisciplinar.
- Investigación: Curso Esofagogástrica AEC. Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos.

ESOFAGOGÁSTRICA - OBESIDAD R5

- Hospitalización: Detección complicaciones. Protocolo diagnóstico y terapéutico cáncer esófago y gástrico. Supervisión residente pequeño. Capacidad para firmar MUP. Participación en comité tumores.
- Quirófano: Pasos en la cirugía laparoscópica del bypass gástrico. Cirujano en gastrectomía tubular. Cirujano y primer ayudante cáncer gástrico y esofágico. Divertículo de Zencker.
- Consulta: Consulta Oncológicos. Valoración decisión inclusión en lista de espera, presentar en comité de tumores. Preparación y optimización preoperatoria. Manejo del paciente postoperado de cirugía bariátrica.
- Investigación: Curso Avanzado Obesidad AEC. Curso Anastomosis intestinales y técnicas antirreflujo por vía laparoscópica en el Hospital Valdecilla Santander.

SECCIÓN ENDOCRINO-MAMA

ENDOCRINO - MAMA R1

- Hospitalización: Valoración preoperatorio (pruebas necesarias, preparación)
- Hospitalización: Aprendizaje postoperatorio normal y diagnóstico de complicaciones.
- Quirófano: Aprendizaje del lavado quirúrgico de manos y preparación de campos quirúrgicos. Asepsia y antisepsia. Colocación del paciente en la mesa quirúrgica. Preparación del campo quirúrgico. Anatomía quirúrgica de la mama y la axila. Patología benigna: tumores benignos, enfermedad fibroquística. Ginecomastia. Primer / segundo ayudante en tiroidectomías de pacientes seleccionados. Identificación y manejo de las complicaciones quirúrgicas de la patología cervical.

ENDOCRINO - MAMA R2

- Hospitalización: Valoración preoperatorio (pruebas necesarias, preparación). Completar historia clínica del paciente en el momento del ingreso. Aprendizaje postoperatorio normal y diagnóstico de complicaciones.
- Quirófano: Tumorectomías, mastectomías. Biopsia selectiva ganglio centinela. Primer ayudante vaciamiento axilar. Primer-segundo ayudante tiroidectomía, paratiroidectomía
- Investigación: Curso Mama AEC.

ENDOCRINO – MAMA R3

- Hospitalización: Valoración preoperatorio (pruebas necesarias, preparación). Completar historia clínica del paciente en el momento del ingreso. Aprendizaje postoperatorio normal y diagnóstico de complicaciones.

- Quirófano: Cáncer de mama. Biopsia selectiva ganglio centinela. Hemitiroidectomía. Tiroidectomía en patología benigna (bocio multinodular, nódulo tiroideo).
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos

ENDOCRINO – MAMA R4

- Hospitalización: Identificación y manejo de las complicaciones quirúrgicas de la patología cervical. Tratamiento hipotiroidismo, hipocalcemia al alta. Manejo metabólico del perioperatorio. Sustitución hormonal. Supervisión residentes pequeños. Capacidad para firmar MUP. Participación en comité tumores.
- Quirófano: Cáncer de mama. Linfadenectomía axilar. Tiroidectomía total. Tiroidectomía en el cáncer diferenciado de tiroides, con o sin linfadenectomía. Disección, identificación y monitorización del nervio recurrente. Disección cervical lateral. Paratiroidectomía selectiva. Cirugía glándula suprarrenal.
- Consulta: Diagnóstico por la imagen: mamografía (semiología elemental, indicaciones), ecografía diagnóstica e intervencionista (indicaciones clínicas), resonancia magnética, medicina nuclear (centinela, ROLL/SNOLL, PET)
- Investigación: Curso Mama Avanzado AEC. Curso Endocrino AEC (híbrido)

SECCIÓN PARED ABDOMINAL - CMA

PARED ABDOMINAL - CMA R1

- Hospitalización: Criterios de CMA. Criterios de alta.
- Quirófano: Aprendizaje del lavado quirúrgico de manos y preparación de campos quirúrgicos. Asepsia y antisepsia. Técnicas anestesia. Cirugía menor. Cirujano y primer ayudante hernia inguinal, crural, umbilical, epigástrica. Catéter de diálisis peritoneal.
- Investigación: Curso de la Hernia Inguinal para Residentes y Especialistas. Asociación Española de Cirujanos Hospital Universitario de Getafe.

PARED ABDOMINAL - CMA R2

- Hospitalización: Criterios de CMA. Criterios de alta.
- Quirófano: Eventración supraaponeurótica, preperitoneal, intraabdominal.
- Investigación: Curso Online CMA AEC. Curso de Formación para Residentes en Cierre de Pared abdominal AEC.

PARED ABDOMINAL – CMA R3

- Hospitalización: Criterios de CMA. Criterios de alta.
- Quirófano: Eventración supraaponeurótica, preperitoneal, intraabdominal. Técnica Rives.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos.
- Curso Pared abdominal compleja AEC.

PARED ABDOMINAL – CMA R4

- Hospitalización: Criterios de CMA. Criterios de alta.
- Quirófano: Eventración de trocar. Técnica de Rives. Hernia de Spiegel. Cirujano y ayudante cirugía laparoscópica pared abdominal.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos

PARED ABDOMINAL – CMA R5

- Hospitalización: Reevaluación del paciente tras la cirugía. Valoración posibilidad Alta. Supervisión residente pequeño. Capacidad para firmar MUP.
- Quirófano: Hernias recidivadas. Hernia inguinal laparoscópica. Cirugía de eventración compleja (separación de componentes)
- Consulta: Consulta CMA Hospital Carlos III.
- Investigación: Colaboración en proyectos de investigación de la unidad. Actualización bases de datos.

SECCIÓN URGENCIAS

URGENCIAS R1

- Hospitalización: Valoración postoperatorio de las urgencias quirúrgicas más frecuentes (absceso perianal, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, diverticulitis aguda, hernia encarcerada, Politraumatismos abdominales-perineales). Identificación de signos de alarma en el paciente hospitalizados con patología médico-quirúrgica urgente. Identificación y manejo de un paciente eviscerado.
- Quirófano: Aprendizaje del lavado quirúrgico de manos y preparación de campos quirúrgicos. Asepsia y antisepsia. Apendicectomía abierta y laparoscópica. Absceso perianal. Hernia encarcerada, cierre de pared en laparotomías abdominales.
- Urgencias: Infiltración anestesia local. Sutura de heridas, drenaje de abscesos de partes blandas, preparación del paciente para cirugía urgente (Historia clínica completa, consentimiento informado, antibiótico y tratamiento preoperatorio, rasurado del paciente, información a familiares, etc). Valoración y tratamiento de una infección de herida quirúrgica. Valoración inicial del paciente con abdomen agudo. Identificación de neumoperitoneo. Aprender a realizar una correcta valoración clínica del paciente en urgencias; saber hacer un diagnóstico diferencial según los datos clínicos del paciente. Sondaje nasogástrico. Sondaje vesical. Manejo inicial de un paciente Politraumatizado.
- Asistencial: Actualización de la lista de la sección. Bases de datos de los pacientes de la sección. Conocer y aplicar los protocolos de la unidad.
- Investigación: Preparar por lo menos una comunicación a un congreso.

URGENCIAS R3

- Hospitalización: Identificación de una desviación de la evolución normal en el postoperatorio de la patología quirúrgica urgente y actitud inicial de cara al diagnóstico de una posible complicación. Identificación de la necesidad de una cirugía urgente.

- Quirófano: Laparotomía exploradora. Colecistitis aguda. Perforación gástrica-duodenal. Obstrucción intestinal adherencial. Hernias encarceradas/estranguladas. Vólvulos de colon. Indicaciones y manejo del abdomen abierto, del cierre temporal de pared, terapia de presión negativa y cirugía de control de daños.
- Urgencias: Indicación de la necesidad de cirugía urgente y priorización de las intervenciones según su gravedad. Orientar diverticulitis para manejo ambulatorio o ingreso. Manejo de pacientes politraumatizados. Identificación y manejo de pacientes con isquemia mesentérica y colitis isquémica. Manejo de una hemorragia digestiva. Identificación y tratamiento de una perforación de víscera hueca. Identificación de neumomediastino.
- Asistencial: Actualización de la lista de la sección. Bases de datos de los pacientes de la sección. Conocer y aplicar los protocolos de la unidad.
- Investigación: Preparar por lo menos dos comunicaciones a congresos. Curso online Urgencias AEC. Curso ATLS R3-4. Curso Gómez-Ulla

URGENCIAS R4

- Hospitalización: Identificación de una desviación de la evolución normal en el postoperatorio de la patología quirúrgica urgente y actitud inicial de cara al diagnóstico de una posible complicación. Identificación de la necesidad de una cirugía urgente y tratamiento de la causa.
- Quirófano: Laparotomía/laparoscopia exploradora. Colecistitis aguda. Perforación gástrica-duodenal. Obstrucción intestinal adherencial y tumoral. Hernias encarceradas/estranguladas. Vólvulos de colon y gástricos. Lavado y drenaje laparoscópico de peritonitis. Indicaciones y manejo del abdomen abierto, del cierre temporal de pared, terapia de presión negativa y cirugía de control de daños. Esplenectomía en pacientes estables. Tratamiento de Politraumatismos.
- Urgencias: Indicación de la necesidad de cirugía urgente y priorización de las intervenciones según su gravedad. Orientar diverticulitis para manejo ambulatorio o ingreso. Manejo de pacientes politraumatizados. Identificación y manejo de pacientes con isquemia mesentérica y colitis isquémica. Manejo de una hemorragia digestiva. Identificación y tratamiento de una perforación de víscera hueca. Identificación y tratamiento de perforaciones esofágicas. Manejo de la hipertensión intraabdominal y el síndrome compartimental abdominal.
- Asistencial: Actualización de la lista de la sección. Bases de datos de los pacientes de la sección. Conocer y aplicar los protocolos de la unidad.
- Investigación: Preparar por lo menos dos comunicaciones a congresos. Curso online Urgencias AEC. Curso ATLS R3-4. Curso Gómez-Ulla

6.2 Rotaciones en otras especialidades

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

RADIODIAGNÓSTICO (1 mes)

El residente ha de adquirir los conocimientos y destrezas en relación con indicaciones e interpretación de la radiología simple, mamografía, ecografía, escáner, resonancia magnética, angiología diagnóstica e intervencionista.

Los objetivos de la rotación son los siguientes:

- Indicaciones e interpretación de la radiología simple y contrastada
- TAC: indicaciones e interpretación
- Ecografía: principios de interpretación ecográfica e indicaciones clínicas, ecografía diagnóstica e intervencionista, eco-doppler
- Resonancia magnética: tipos principales de secuencias e indicaciones clínicas
- Angiología diagnóstica e intervencionista: técnicas e indicaciones

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

CIRUGÍA VASCULAR (2 meses)

El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la anamnesis y exploración en relación con la angiología. Así:

- Evaluación de los pacientes con isquemia aguda y crónica o ulceraciones en las extremidades inferiores
- Valoración de los pacientes con trombosis venosas
- Valoración del pie diabético
- Conocimientos básicos de las técnicas de exploración vascular, cruenta e incruenta, y de la farmacoterapia vascular (anticoagulación, fibrinólisis, sustancias vasoactivas, etc.)
- Vías y técnicas de acceso a los vasos
- Disección y control de los troncos vasculares
- Principios de la sutura vascular; Anastomosis vasculares
- Embolectomías en la extremidad superior e inferior
- Conceptos generales sobre el uso de injertos y prótesis de sustitución vascular
- Cirugía exéretica y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores.

CIRUGÍA TORÁCICA (2 meses)

El residente ha de adquirir las habilidades en relación con la historia clínica, la identificación y descripción de los problemas clínicos planteados, y el proceso a seguir para el establecimiento de una indicación quirúrgica en la patología torácica.

- Interpretación de los datos aportados por las técnicas de diagnóstico mediante imágenes (radiología simple, TC, escintigrafía, endoscopia, etc.)
- Particularmente se instruirá en la toracocentesis, el tratamiento de urgencia del neumotórax espontáneo y del empiema pleural, las vías de acceso a la cavidad torácica y al mediastino, las toracotomías y la

toracoscopia, la colocación de drenajes intratorácicos y el tratamiento de urgencia de los traumatismos torácicos.

CIRUGÍA PLÁSTICA (1 mes)

El residente debe adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la valoración y planteamiento de tratamiento de las quemaduras, grandes pérdidas de superficie cutánea y deformidades cicatriciales. Iniciación a la técnica de colgajos, plastias e injertos.

UROLOGÍA (1 mes)

El residente ha de adquirir los conocimientos y habilidades en relación con la anamnesis, la exploración física del paciente y los exámenes complementarios de la patología urológica más frecuente.

- Particularmente se capacitará para reconocer y resolver, si fuera necesario y al menos en primera instancia, los problemas urológicos urgentes más habituales. Así: estado de sepsis de origen urológico, hematuria, retención urinaria, traumatismos urológicos y patología testicular urgente.

TERCER AÑO DE RESIDENCIA

CIRUGÍA PEDIÁTRICA (1 mes)

- Anamnesis y exploración del paciente quirúrgico pediátrico
- Diagnóstico e indicaciones de tratamiento
- Adquisición de habilidades técnicas en procedimientos quirúrgicos programados
- Atención al paciente pediátrico con patología quirúrgica urgente: diagnóstico y tratamiento
- Atención y seguimiento durante el curso postoperatorio del paciente hospitalizado pediátrico
- Adquisición de conocimientos de patología oncológica pediátrica

ANESTESIA Y REANIMACIÓN (1 mes)

El residente debe adquirir los conocimientos relativos a la fisiopatología y tratamiento de las situaciones críticas. Así:

- Insuficiencia respiratoria aguda (indicaciones de la intubación traqueal y de la traqueotomía, momento de la extubación, indicaciones de la ventilación mecánica y sus diferentes posibilidades, supresión de la ventilación mecánica)
- Alteraciones del equilibrio ácido-base (diagnóstico, etiología y tratamiento); Sustancias vasoactivas (tipos, mecanismos de acción y elección)
- Antibioterapia en el paciente crítico (dosificación en la insuficiencia renal)
- Paciente politraumatizado (medidas de reanimación general y de mantenimiento, problemas más frecuentes en el tratamiento y control evolutivo)

- Procedimientos de rehidratación; Nutrición artificial; Métodos de valoración del estado nutricional; El procedimiento de la nutrición artificial (métodos, cuidados y balance nitrogenado)

A la vez, deberá entrenarse en una serie de técnicas y métodos propios de la medicina intensiva. Así:

- Cálculo de balances de líquidos y electrolitos
- Técnicas de colocación de catéteres venosos centrales
- Técnicas de intubación traqueal; Procedimientos de reanimación cardiopulmonar
- Manejo básico del funcionamiento de respiradores mecánicos, pulsioxímetros y capnógrafos; Monitorización de gases y volúmenes; Técnicas de medición de parámetros hemodinámicos (colocación del catéter de Swan-Ganz, registro de presiones de la arteria pulmonar, datos hemodinámicos indirectos, computador de gasto cardíaco, etc.)

6.4 Rotaciones externas

Con la entrada en vigor del RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada se regula la autorización y evaluación de las rotaciones externas, entendiéndose como tal el periodo formativo autorizado por órgano competente de la correspondiente CCAA, que se lleva a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente. En el caso de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo la duración de la rotación externa no podrá superar los 4 meses dentro de cada periodo de evaluación anual (con un máximo de 12 meses en todo el periodo formativo) con el fin de permitir la formación de los residentes en algún área específica no implantada en el Hospital Universitario La Paz. En este sentido, se ha programado rotaciones externas en las siguientes Unidades o servicios - Unidad de Trasplantes Hepático. En el último año de la residencia se recomienda preferentemente en Hospitales extranjeros de reconocido prestigio en investigación biomédica.

La ampliación de conocimientos o el aprendizaje de técnicas no realizadas en el Servicio de Cirugía General y que son necesarias o complementarias, según el BOE, deben realizarse, preferentemente, en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

En nuestro servicio no existe una necesidad de realizar rotaciones externas de programa al tratarse de un hospital de tercer nivel; sin embargo, animamos y facilitamos su realización ya que visitar otros hospitales (nacionales o internacionales) por el enriquecimiento que ello supone a nivel quirúrgico y asistencial.

El HULP está dotado de todas las áreas de conocimiento necesarias para la formación de nuestros residentes, a excepción de la formación en Trasplante Hepático que habitualmente se realiza en centros de la Comunidad de Madrid (Hospital Ramón y Cajal) o bien en centros de referencia de otras Comunidades como el Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), con los que existen convenios.

6.4.1 Normas para la rotación externa

1) Año de la rotación: Se realizará preferentemente por residentes de 4^o-5^o año de la especialidad. En casos muy justificados se permitirá la rotaciones de 1er a 3er año.

2) Objetivo de la rotación

- a) Formación en algún campo de la cirugía que no se desarrolle en nuestro centro.
- b) Formación y desarrollo en algún campo en fase de desarrollo en nuestro centro.
- c) Ampliación de conocimientos y desarrollo de un área de especial interés del residente que se encuentra establecida en nuestro centro.
- d) Desarrollo de estudios de investigación clínica y experimental.

3) Periodo de la rotación. La duración de la rotación externa (tanto para rotaciones de programa como rotaciones opcionales) será:

- a) Máximo cuatro meses continuados
- b) El periodo de rotación será de un mínimo de 1 mes y un máximo de 2 meses.
- c) El periodo de rotación de 2 meses se realizará preferentemente entre 2 rotaciones por dos unidades distintas, de forma que sólo afectará a un mes de cada rotación.
- d) No se puede rotar 15 días antes a la fecha fin de contrato - periodo de evaluación. El último año de residencia no puede rotar los últimos 2 meses fecha fin de contrato.

4) Asignación de la rotación

- a) No se aceptarán rotaciones solicitadas con menos de 3 meses previos al periodo de rotación.

- b) No deberán coincidir más de dos residentes de 4^o-5^o en el mismo periodo de tiempo, siendo asignadas por orden de solicitud.
- c) Tendrán prioridad aquellas rotaciones que hayan conseguido alguna beca o ayuda oficial de alguna institución o sociedad científica.
- d) Tendrán prioridad las primeras rotaciones que aquellas que sean por segunda vez por el mismo residente.
- e) Toda solicitud deberá realizarse a través de la secretaría del servicio y deberá ir complementada del anexo adjunto, firmada por el miembro del servicio que avala dicha solicitud, junto con un desarrollo de los objetivos que se buscan en la rotación, para ser firmada y autorizada por los tutores y por el Jefe de Servicio.

5) Lugar de la rotación

- a) La rotación podrá realizarse en un centro nacional o internacional de reconocido prestigio.
- b) Una vez aceptada la rotación por los tutores deberá presentarse, en el plazo de un mes, la aceptación del centro para dicha rotación en el periodo establecido.

6) Número de rotaciones

- a) El número de rotaciones durante la residencia no está establecido, siempre y cuando sean justificadas. Serán muy exigentes los requerimientos cuando el residente tenga planeada la realización de más de dos rotaciones.

7) Obligaciones adquiridas durante la rotación:

- a) Realizar la petición oficial a través del Comité de Docencia del Hospital. La solicitud de rotación se rellena y se envía a comisión de docencia por mail. Para tramitar todas las rotaciones se precisa un tiempo mínimo de 4 meses.
- b) Comunicar al Jefe de Servicio la intención de la rotación.
- c) Rellenar la solicitud de rotación.
- d) Cumplir el tiempo de rotación solicitada, a excepción de causas mayores justificadas.
- e) Comunicar a las unidades donde debe rotar en ese periodo su intención de realizar una rotación externa.
- f) Realizar una memoria de la actividad desarrollada, que deberá ser entregada en el plazo máximo de 2 meses tras su vuelta. En dicha memoria debe constar la actividad llevada a cabo, así como un análisis de cumplimientos de las expectativas y objetivos establecidos previos a la rotación.

6.5 Guardias

Durante todo el periodo formativo, los residentes hacen guardias específicas de la especialidad. Se aconseja realizar entre 4 y 6 mensuales, independientemente del año de Residencia. Las guardias son de 17 horas los días laborables (Lunes a Viernes) de 15h a 8h del día siguiente y de 24 horas los días festivos (de 9h a 9h).

El calendario de guardias lo establecen los residentes de último año por turno rotatorio, siendo supervisado por los tutores y por el Jefe de Servicio.

Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. El objetivo de las guardias es el de adquirir de forma progresiva los conocimientos necesarios para poder tratar adecuadamente cualquier situación urgente.

La plantilla de guardia consta de 3 cirujanos adjuntos y 3 cirujanos residentes. Los residentes llevan un busca para poder atender cualquier situación urgente que se presente en pacientes ingresados o en la urgencia. Esta atención está siempre supervisada por los adjuntos responsables.

Por normativa se deben hacer al menos 4 guardias al mes. El máximo número admitido es de 6 guardias mensuales. Por tanto, se debe de hacer un mínimo de 44 y un máximo de 55 guardias al año, nunca exceder de 66 anuales. Hay que tomar en consideración que las guardias se libran al día siguiente, no cualquier otro día y durante dicha libranza, el Medico Interno Residente realizará las actividades que considere mas adecuadas para completar su formación (revisiones bibliográficas, revisiones de bases de datos, presencia en el quirófano como observador, entre otras).

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en su Disposición Final primera modifica el artículo 5, 1 b) del RD 1146/2006 estableciendo:

- Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas

Funciones del residente de guardia

- Después del cambio de guardia que se realizará a las 8:00h en el aula 9 de la tercera planta, se encargará de los pacientes que estén pendientes de intervenciones quirúrgicas de la guardia anterior
- Atenderá las llamadas procedentes de Urgencias y de las distintas plantas.
- Deberá informar de las urgencias pendientes al adjunto que este de guardia de mañana.
- Organizará el quirófano para realizar las intervenciones quirúrgicas urgentes
- Deberá atender a las llamadas de urgencias que le realizará una IC a Cirugía general y la atención al politrauma.

Supervisión del residente de guardia

- Todas las valoraciones y los informes de alta de los pacientes atendidos por residentes durante la guardia deben ser refrendados por los adjuntos de guardia.
- Todas las actuaciones de los residentes pequeños (R1 y R2) precisarán de la supervisión física por los residentes mayores que les corresponda en la rotación o bien a partir de las 15:00 los que estén de guardia y por los adjuntos de guardia de mañana si son requeridos por los residentes mayores

6.6 Actividades docentes

6.6.1 Sesiones del servicio

Sesiones Clínicas /Urgencias

Se trata de sesiones clínicas diarias donde se discuten los casos valorados o intervenidos en la guardia y se discuten los casos de los pacientes hospitalizados, en especial los casos complejos para la decisión consensuada de la actitud diagnóstica y/o terapéutica.

Sesiones Científicas

Con periodicidad semanal, los martes, repartidas por orden alfabético y desarrolladas por médicos residentes, a quienes se le asigna un tutor específico para la preparación del tema.

Sesiones de Morbimortalidad

Con periodicidad mensual, además de servir como elemento básico de la formación del residente se procura que estas sesiones tengan un carácter eminentemente práctico y, en la medida de lo posible, mejoren y actualicen la práctica clínica de todos los miembros de Servicio.

Sesiones Bibliográficas

Con periodicidad mensual, el último jueves de cada mes se comentarán dos publicaciones a cargo de dos adjuntos sobre los temas de su área de competencia a la que se dedique el adjunto asignado

Sesiones Monográficas Especiales

Con invitados de otros Servicios u otros hospitales.

6.6.2. Sesiones Multidisciplinares (Comités)

Actualmente existen varios Comités en el ámbito de la Cirugía Digestiva, donde asisten facultativos de las diferentes áreas relacionadas (servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Digestivo, Anatomía Patológica, Radiología, Cirugía).

Comités multidisciplinares con participación del Servicio

-Comité de Tumores Colorrectales

Periodicidad: Semanal. Miércoles 09:30

Localización: Aula 9 Planta 3ª Hospital General

Participantes: Cirugía General Sección Coloproctología, Digestivo, Oncología, Oncología Radioterápica, Radiología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Geriátrica.

Secretaria Comité: Dra. Díaz San Andrés

Presidente Comité: Dr. Marijuan

-Comité de Carcinomatosis

Periodicidad: A demanda en función de volumen de casos.

Localización: Despacho 5ª Planta Hospital General

Participantes: Cirugía General Grupo Carcinomatosis peritoneal, Oncología, Oncología Radioterápica, Medicina Nuclear, Radiología

-Comité de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Periodicidad: Semanal. Miércoles 08:45

Localización: Aula 9 Planta 3ª Hospital General

Participantes: Cirugía General Sección Coloproctología, Digestivo Sección Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Radiología (Dra. Hidalgo), Anatomía Patológica, Farmacia

Secretaria Comité: Dra. González Alcolea

-Comité de Cirugía Pélvica

Periodicidad: Lunes alternos (2º y 4º lunes del mes) 08:00

Localización: Aula Jaso Hospital Infantil

Participantes: Cirugía General Sección Coloproctología, Ginecología, Urología, Radiología, Medicina Nuclear

-Comité de Suelo Pélvico

Periodicidad: Mensual. Viernes 08:00 (fecha en función de cada convocatoria)

Localización: Planta Semisótano Consultas Externas Hospital Maternal

Participantes: Cirugía General Sección Coloproctología, Ginecología, Urología, Rehabilitación, Fisioterapia

-Comité Unidad Transición Colorrectal

Periodicidad: Se convoca a demanda en función de volumen de casos.

Localización: Aula 9 Planta 3ª Hospital General

Participantes: Cirugía Pediátrica, Cirugía General Sección Coloproctología

-Comité de Lesiones por Virus Papiloma Humano (VPH) Anal

Periodicidad: Se convoca a demanda en función del volumen de casos

Localización: 7ª Planta Hospital General, despacho Dermatología

Participantes: Cirugía General Sección Coloproctología (Dr. Álvarez Gallego), Dermatología (Dra. Sendagorta)

-Comité de Tumores Hepatobiliares y Pancreáticos

Periodicidad: Semanal. Viernes 09:00

Localización: Aula 9 Planta 3ª Hospital General

Participantes: Cirugía General Sección Hepatobiliopancreática, Digestivo, Oncología, Oncología Radioterápica, Radiología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica

-Comité de Hepatocarcinoma

Periodicidad: Semanal. Jueves 08:30

Localización: Aula 1 INGEM

Participantes: Cirugía General Sección Hepatobiliopancreática, Digestivo, Oncología, Oncología Radioterápica, Radiología Intervencionista, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Medicina Interna

-Comité Tumores Neuroendocrinos

Periodicidad: Quincenal (alternando con Comité Endocrinología) Miércoles 14:00

Localización: Aula 9 Planta 3ª Hospital General

Participantes: Cirugía General Sección Hepatobiliopancreática, Cirugía General Sección Endocrino-Mama, Endocrinología, Oncología, Medicina Nuclear, Radiología

-Comité de Tumores Esofagogástricos

Periodicidad: Semanal. Martes 08:30

Localización: Aula 9 Planta 3ª Hospital General

Participantes: Cirugía General Sección Esofagogástrica, Digestivo, Oncología, Oncología Radioterápica, Radiología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica

-Comité de Mama

Periodicidad: Semanal. Lunes 08:30

Localización: Sala de Juntas Hospital General

Participantes: Cirugía General Sección Endocrino-Mama, Ginecología, Radiología, Medicina Nuclear, Oncología, Oncología Radioterápica, Cirugía Plástica, Anatomía Patológica

-Comité de Endocrinología

Periodicidad: Quincenal (alternando con Comité Tumores Neuroendocrinos) Miércoles 14:00

Localización: Aula 9 Planta 3ª Hospital General

Participantes: Cirugía General Sección Endocrino-Mama, Endocrinología, Oncología, Medicina Nuclear, Radiología, Otorrinolaringología

-Comité de Sarcomas

Periodicidad: Semanal. Viernes

Localización: Biblioteca Edificio Recursos Humanos.

Participantes: Cirugía General Sección Hepatobiliopancreática, Cirugía General Sección Pared abdominal, Oncología, Medicina Nuclear, Radiología, Traumatología

6.6.3 Actividades formativas presenciales de formación: Congresos, talleres, seminarios dentro y fuera del hospital

Al inicio del mes de junio de forma anual los tutores se reunirán con los residentes para decidir, en función del año de residencia, a qué congreso, reunión y curso debe asistir cada uno. Una vez decidido, se dará un tiempo suficiente para participar de forma activa en la realización de comunicaciones que puedan ser presentadas y defendidas tanto en congresos nacionales como en internacionales.

Cursos: La Asociación Española de Cirugía (AEC) proporciona Cursos y Congresos en función de los años de residencia para su formación: Curso de hernias y curso de laparoscopia básica para R1; Curso de mama para R2; Curso de gestión online para R2; Curso online de cirugía bariátrica para R3; Curso de coloproctología para R3-4; Curso de cirugía esófago-gástrica para R4-5; Curso de cirugía hepatoiliar para R4-5; Curso ATLS (politrauma) para R4-5.

Congresos:

- Congreso Nacional de Cirugía de la AEC
- Curso de la Asociación Nacional de Coloproctología
- Congreso anual de la Surgical Infection Society Europe (SIS-E)
- Asimismo, se desarrollan congresos específicos de las diferentes secciones de la AEC (cirugía colorrectal, endocrina y cuello y mama, pared abdominal, esofagogástrica, Bariátrica...)

Los permisos de Congresos, cursos, rotaciones externas deben estar firmadas por los Jefes de Sección de las respectivas secciones. Para la asistencia a congresos tendrán prioridad aquellos residentes que defiendan algún trabajo y entre ellos los residentes mayores. Todos los trabajos enviados a congresos serán supervisados por un médico

especialista del Servicio. Previo a la elaboración de los trabajos del, se notificará a los tutores el tema del mismo, con el fin de evitar la duplicación de comunicaciones. Los tutores informarán al Jefe de Servicio. Se deben de exponer todas las comunicaciones y posters antes del Congreso respectivo, con los tutores y el Jefe de Servicio. Previamente se habrá entregado el título con el abstract y los autores de los trabajos aceptados. Debemos aspirar a presentar trabajos de calidad y elevado nivel científico por lo que una correcta tutela de los mismos es fundamental.

Financiaciones para congresos y cursos: se darán prioridad para cursos de formación (ATLS,DSTC,etc.) así como para aquellos congresos en los que se defienda una comunicación oral. Se dará prioridad a la inscripción, siendo secundaria la financiación de transporte o alojamiento. No se deben ausentar dos residentes a la vez de la misma Sección.

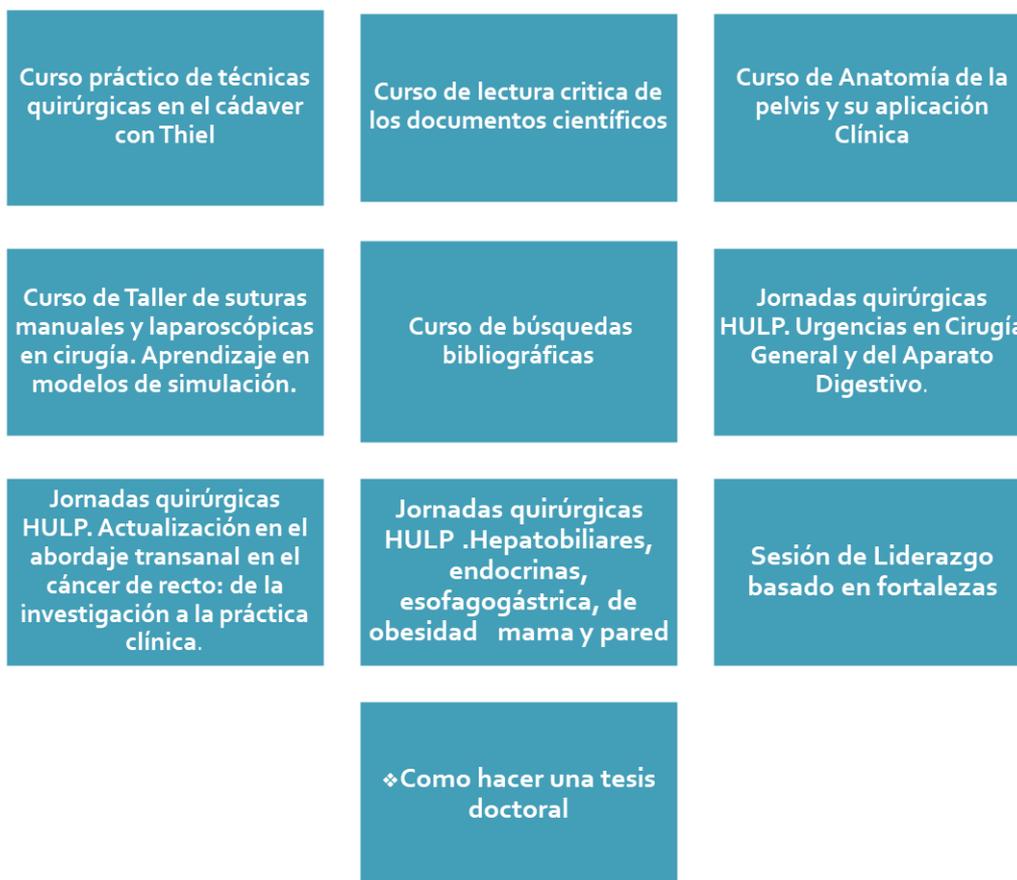
El nuevo itinerario formativo de la AEC propone los siguientes cursos según año de residencia, con la recomendación de esenciales/opcionales. Se podrá seguir el progreso de los cursos realizados y los diplomas conseguidos en la web de la AEC. Se trata de un programa que intenta unificar y ofrecer unos estándares de formación a nivel nacional, por lo que animamos a nuestro residentes a realizar los cursos propuestos.

CURSO	AÑO	TIPO	DÍAS	RECOMENDACIÓN
Habilidades no técnicas	R0	Por determinar		Opcional
Cirugía de urgencias	R0	Por determinar		Opcional
Webinar: libro electrónico y como sacar el máximo partido a tu curriculum				Esencial
Hernia	R1	Presencial	2	Esencial
Básico CMI	R1	Presencial	2,5	Esencial
Pared	R1	Online 2021	2	Esencial
Cómo investigar*	R2	Por determinar		Esencial
Básico Infecciones	R2	Online		Esencial
Mama	R2	Híbrido	90 horas	Opcional
CMA	R2	Online	40 horas	Opcional

Nutrición*	R2	Online	60 horas	Opcional
Proctología	R3	Presencial	3	Esencial
Cirugía Urgencias	R3	Online	2	Esencial
Avanzado Infecciones	R3	Por determinar		Esencial
Cirugía torácica	R3	Presencial	2	Opcional
Iniciación obesidad	R3	Presencial	2	Opcional
Avanzado de mama	R4	Híbrido	90 horas	Opcional
Pared compleja	R3			Opcional
Como investigar avanzado*	R3			Opcional
ATLS	R4	Presencial	2,5	Esencial
Avanzado CMI	R4	Presencial	3,5	Esencial
HPB y trasplante	R4	Presencial	5	Opcional
EG	R4	Presencial	3	Opcional
Colorrectal	R4	Presencial		Opcional
Endocrino	R4	Híbrido	60 horas	Opcional
Fundamentos obesidad	R5	Online	125 horas	Opcional
Gestión*	R5	Online	20 horas	Esencial
DSTC	R5	Híbrido	2,5	Opcional
Sarcomas	R5	Presencial	2,5	Opcional
Webinar: preparación para la certificación del residente				Opcional

Cursos de formación transversal dentro del Hospital

Entre los cursos/talleres de formación transversal podemos destacar los siguientes:



- Curso de Taller de suturas manuales y laparoscópicas en cirugía. Aprendizaje en modelos de simulación.
- Jornadas quirúrgicas HULP. Actualización en el abordaje transanal en el cáncer de recto: de la investigación a la práctica clínica.
- Jornadas quirúrgicas HULP. Urgencias en Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Curso de protección radiológica.
- Curso de Anatomía de la pelvis y su aplicación Clínica
- Iniciación a la Cirugía laparoscópica
- Curso de búsquedas bibliográficas
- Curso de lectura crítica de los documentos científicos
- Curso práctico de técnicas quirúrgicas en el cadáver con Thiel
- Sesión de Liderazgo basado en fortalezas
- Como hacer una tesis doctoral
- Jornadas quirúrgicas HULP. Hepatobiliares, endocrinas, esofagogástrica, de obesidad, mama y pared

6. Evaluación del residente

Denominamos así al *seguimiento continuo del proceso de aprendizaje del especialista en formación*, que permite conocer y mejorar la adquisición de competencias con relación a los objetivos establecidos en el programa formativo de la especialidad, identificando y planificando las acciones necesarias para su consecución. La evaluación formativa se realiza durante toda la residencia y para llevarla a cabo se usan diferentes herramientas que a continuación se mencionan y explican.

6.1. Reuniones Tutor-Residente

Durante estas reuniones se valorará el proceso formativo del residente, su progreso, el cumplimiento de los objetivos docentes fijados, etc. Tanto tutor como residente tendrán la oportunidad de detectar áreas de mejora. Se ha acordado **4 reuniones las cuales deben ser:**

Entrevista periódica con el Tutor.

La evaluación formativa tiene como finalidad el seguimiento del progreso en el aprendizaje del residente. Los informes de la evaluación se basan, entre otros, en las entrevistas periódicas entre el tutor y el residente. Estas entrevistas quedarán registradas en el libro del residente o memoria de actividades. La relación del Tutor con el residente debe caracterizarse por ser interpersonal, Individualizada y adaptada a las expectativas de cada uno de ellos, permitiendo que el residente participe en la definición de objetivos y en el establecimiento de un plan de trabajo conjunto, que derive en el intercambio progresivo de funciones a medida que avanza el proceso de aprendizaje.

Características:

- Ser estructuradas y programadas con antelación
- Quedar documentadas en la plataforma electrónica
- Supervisar que está incluido la asistencia, la docencia y la investigación, guardias y atención continuada, calificaciones de cada rotación y ausencias por vacaciones, congresos etc
- Contener una valoración.
 - cualitativa por parte del tutor, del cumplimiento de los objetivos de las rotaciones y de los avances y deficiencias en la formación, para establecer medidas de mejora
 - cuantitativa y cualitativa por parte del residente, de la calidad de las rotaciones

6.2. Memoria del Residente

Será obligación del residente llevar de forma actualizada un registro de todas sus actividades formativas asistenciales, docentes e investigadoras mediante el uso del llamado libro del residente. Es el documento donde refleja las actividades que realiza cada residente durante su período formativo cualitativa y cuantitativamente. Sirve para valorar el seguimiento y la adquisición de las competencias del residente.

Dicho libro permitirá al tutor conocer la evolución del residente y por tanto facilitar la recuperación de aquellas áreas cuya formación sea aún incompleta. Este libro tiene actualmente tiene también formato electrónico a través de la App Formación Sanitaria.

El residente procurará recoger toda la certificación acreditativa de su actividad (comunicaciones, cursos, ponencias, artículos) de modo que la elaboración posterior de un currículum vital profesional para el ejercicio de su especialidad sea mucho más fácil. Todas las actividades que el residente vaya realizando, las deberá introducir en la App de Formación Sanitaria, para que sean validadas por el tutor. El libro electrónico del residente se rellenará para cada año de formación. Es fundamental que todas tus actividades estén correctamente introducidas en la aplicación ya que sino, el residente no podrá ser evaluado y no podrá pasar de año de residencia. Asimismo, se tendrá que rellenar el Registro de Actividad Quirúrgica (se recomienda un formato electrónico en Excel) y la encuesta de satisfacción.

El libro del residente contiene:

- registro de actividades que evidencien el proceso de aprendizaje
 - actividad asistencial
 - guardias y atención continuada
 - actividad docente e investigadora
 - participación en comisiones y otras actividades extraordinarias
- calendario anual de rotaciones planificado por el tutor
- registro de vacaciones y permisos solicitados por el residente
- área de reflexión
 - autoevaluación
 - progreso y autonomía

La memoria del residente debe ser **revisada por el tutor de forma periódica**, constituyendo la herramienta fundamental de la **evaluación formativa**.

6.3. Calificaciones de las rotaciones

Cada una de las rotaciones se evaluará por el tutor responsable de la supervisión del residente durante su rotación. Evaluará una formación

- **Cualitativa:** de **cada uno de los objetivos** indicando si no se han conseguido o se han cumplido total o parcialmente
- **Cuantitativa (puntuación de 1-10)**
 - A. Conocimiento y habilidades**
 - conocimientos adquiridos
 - razonamiento/valoración del problema
 - capacidad para tomar decisiones
 - habilidades
 - uso racional de los recursos
 - seguridad del paciente
 - B. Actitudes**
 - motivación
 - puntualidad y asistencia
 - comunicación (paciente/familia)
 - trabajo en equipo

La **calificación de la rotación** se calcula automáticamente según la fórmula: 70% **A** + 30% **B**.

6.4. Evaluación objetiva anual

Se planteará la realización de un examen escrito al terminar cada año de residencia, adaptado a los conocimientos que deberían haber adquirido los residentes de cada año.

Formato: examen de elección múltiple (al menos 10 preguntas), desarrollo de un caso clínico secuencial (similar a los que se realizan en los exámenes Board) y/o pregunta de desarrollo.

6.5. Actividad complementaria docente e investigadora

La **asistencia a cursos/talleres** debe quedar reflejados en la memoria, **constituyendo**, de acuerdo con la nueva normativa ministerial para la evaluación de residentes, **una herramienta más de su evaluación anual**

Es necesario promover entre los futuros especialistas en ciencias de la salud la cultura de la **investigación**. Durante el periodo formativo, el residente debe participar en las **actividades científicas y académicas** que se desarrollen en su servicio. Todas estas acciones quedarán adecuadamente recogidas en la memoria del residente. Su realización constituye una **herramienta más de la evaluación formativa**, así como de la **evaluación anual del tutor**, de acuerdo con puntuaciones preestablecidas. Estas actividades incluyen:

- **actuar como ponente en sesiones del servicio** (clínicas, bibliográficas...). Dentro de la **evaluación anual**, se otorgarán:
 - 0,01 puntos por cada sesión **en su servicio** como ponente
 - 0,02 puntos por cada sesión **en el hospital**, pero **fuera de su servicio** como ponente
 - 0,2 puntos por cada sesión **en su servicio como organizador**
 - 0,4 puntos por cada sesión hospitalaria **fuera de su servicio**, como **organizador**

- participar **en proyectos de investigación** que estén en marcha en su servicio, otorgándose:
 - 0,2 puntos por cada proyecto de investigación en el que el residente **registre los datos**
 - 0,1 puntos por cada **ensayo clínico** en el que el residente haga **seguimiento de pacientes** (no se tendrá en cuenta el reclutamiento)

- presentar **comunicaciones orales y poster** en reuniones y congresos nacionales e internacionales. Dentro de la **evaluación anual**, se otorgarán:
 - 0,2 puntos por cada **comunicación oral internacional**
 - 0,1 puntos por cada **comunicación oral nacional**
 - 0,05 puntos por cada **comunicación oral en un congreso autonómico**
 - 0,1 puntos por cada **poster en un congreso internacional como primer o segundo firmante**
 - 0,05 puntos por cada **poster en un congreso nacional como primer o segundo firmante**
 - 0,02 puntos por cada poster en un **congreso autonómico como primer o segundo firmante**

- publicar trabajos en revistas nacionales y a poder ser internacionales. Dentro de la evaluación anual, se otorgarán:

- 0,3 puntos por cada publicación en una revista internacional como primer o segundo autor
- 0,2 puntos por cada publicación en una revista nacional como primer o segundo autor
- 0,1 puntos por cada publicación en revistas autonómicas

6.6. Comité de evaluación

El **comité de evaluación** decide la calificación anual del residente basándose en el **Informe Anual del Tutor**. Se formará un comité de evaluación específico para cada especialidad, y estará formado por:

- Jefe de Estudios o una persona en quien éste delegue
- Tutor del residente evaluado
- Jefe de servicio de la especialidad evaluada (en caso de no poder asistir por causa justificada, puede delegar esta tarea en un especialista del servicio)

Se expresará de la siguiente forma:

- Cuantitativa - Cualitativa:
 - <3 - Muy insuficiente
 - 3 a <5 - Insuficiente
 - 5 a <6 - Suficiente
 - 6 a <8 - Bueno
 - 8 a <9,5 - Muy bueno
 - 9,5 a 10 - Excelente
- Resultado final de la evaluación:
 - Positiva (≥ 5)
 - Negativa (< 5)

7. Consejos generales

En primer lugar, conviene recordar que comienzas una etapa completamente diferente a la de estudiante. Ahora eres MÉDICO, no lo olvides. Tienes ante ti la obligación y responsabilidad de formarte de la mejor manera posible. No hay duda de que para llegar hasta aquí has realizado un esfuerzo ímprobo, precisando trabajar duro para obtener buenas notas en el colegio, en selectividad, en la carrera y en el MIR. Recuerda que todo ese esfuerzo tiene un sentido: llegar a ser lo que has elegido ser: CIRUJANO. No tendría sentido ser un estudiante “de primera” y, sin embargo, conformarse con ser menos que un “profesional de primera”. Probablemente te dediques a ello el resto de tu vida. Y lo más importante; como médicos, atendemos a personas que ponen su salud en nuestras manos, y confían en nosotros. Y no podemos asegurar resultados (lamentablemente, haciendo todo bien, puede haber complicaciones); pero sí debemos asegurar que ponemos los medios necesarios para intentar que todo “salga bien” minimizando complicaciones. Y ello implica una actitud de trabajo impecable. Estos requisitos tienen una doble vertiente: la necesidad de estudio y esfuerzo individual de cada uno de vosotros; y aprender a trabajar en equipo. La responsabilidad de llegar a desarrollar todo tu potencial es tuya; y nosotros estamos a tu lado para ayudarte a conseguirlo. Pero debe partir de ti.

Recuerda que la residencia comprende un compromiso de trabajo y un compromiso de formación. El residente deberá trabajar integrado en el Servicio de Cirugía siendo uno más de sus miembros, colaborando a su buen funcionamiento. A su vez, todos los miembros de las secciones de cirugía colaborarán en la formación de los residentes. El residente debe ser tutorizado por un médico especialista a cuyo cargo quedará para la realización de determinadas actividades (quirófano, guardias). En principio todos los miembros de las secciones quedan encargados de dicha tarea. Confía en su criterio y sobre todo: LLAMA Y PREGUNDA SIEMPRE QUE TENGAS CUALQUIER DUDA. JAMAS PASA NADA POR LLAMAR A ALGUIEN CON MÁS EXPERIENCIA, Y SÍ PUEDE PASAR SI REALIZAS UN PROCEDIMIENTO SOLO Y SIN EXPERIENCIA.

LOS CIRUJANOS GENERALES Y DEL APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ TENEMOS QUE SER EJEMPLO DE PROFESIONALIDAD ante nuestros compañeros y ante los pacientes.

-Conocimientos. Adecuar nuestra actuación a la LEX ARTIS; es decir apliquemos los conocimientos médicos actuales específicos para cada caso. Estamos obligados a tener los conocimientos actualizados. La medicina es una actividad que nos obliga a PONER TODOS LOS MEDIOS a nuestro alcance para obtener un resultado favorable.

-Homogeneidad en el manejo por patologías (elaboración, conocimiento y seguimiento de protocolos clínicos). Adicionalmente, constituye una herramienta ante una reclamación.

-Seguridad: Revisión minuciosa de todas las pruebas antes de tomar decisiones. Utilizar siempre la lista de verificación quirúrgica. Documentar en la historia clínica las notas evolutivas con todas las actuaciones médicas (evitando

comentarios al margen de lo puramente objetivo). Comprobar los consentimientos informados.

-Conocimiento de la técnica quirúrgica.

-Seguimiento estrecho en el postoperatorio para identificar de forma precoz desviaciones del mismo. Mantener una comunicación perfecta con el paciente y con los familiares.

-Confidencialidad

Actitudes que debe tener el residente:

- Asistencia diaria y puntualidad (como en cualquier trabajo...)
- Disponibilidad al trabajo encomendado.
- Comunicación adecuada con pacientes y familiares. Se debe tratar con respeto.
- Comunicación adecuada con resto del personal sanitario y supervisores.
- Trabajo en equipo.
- Capacidad de toma de decisiones en situaciones menos complejas, y bajo supervisión en las más complejas.
- Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.
- Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo.
- Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás.
- Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.
- Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico.
- Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina.
- Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad.
- Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información.
- Conciencia de la repercusión económica de las decisiones.
- Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la CGAD en particular.
- Conciencia de la importancia de una formación científica y clínica lo más sólida posible adquiriendo una mentalidad crítica, conociendo la metodología de la investigación, la importancia de la formación continuada.
- Participación personal en el desarrollo de las funciones asistencial, docente y científica de la especialidad.

Recomendaciones:

HOSPITALIZACIÓN

-Cada una de las secciones dispone de un “listado de planta” con todos los pacientes ingresados (nombre, edad, diagnóstico principal, tratamiento y anotaciones en relación a aspectos relevantes de la evolución). Habitualmente los residentes “pequeños” realizan esta tarea, a primera hora de la mañana (antes del pase de guardia), valorando las anotaciones del evolutivo del día previo y las incidencias ocurridas durante la guardia.

-La realización del “listado de planta” es tarea de los residentes. Aunque parezca una tarea “menor” y puramente burocrática, ayuda enormemente en el funcionamiento del servicio, muestra indirectamente el interés del residente (no se puede hacer “de cualquier manera”, hay que ser cuidadosos); y ayuda a realizar un repaso de todos los pacientes ingresados. Habitualmente el residente pequeño revisa el listado con sus residentes mayores al principio y/o final del día, siendo éste un momento en el que se revisan evolución, tratamiento y estudios necesarios (indicados con el adjunto en el pase de planta). Por lo tanto, se desprende un aprendizaje importante de esta tarea.

-Es de gran utilidad realizar un Resumen Preoperatorio al ingreso del paciente (rellenar la historia clínica), preferentemente por el residente que va a participar en la intervención. Idealmente, este residente será también el encargado de realizar / comprobar que el informe de alta esté realizado y completo, con las citas pedidas, en función de la previsión de alta.

-El pase de visita se debe realizar con la enfermera, a la que se debe informar de cambios en el tratamiento y si el enfermo es dado de alta.

-Cuando se impriman DOCUMENTOS CLÍNICOS deben ser DESTRUÍDOS una vez utilizados para cumplir la Ley de Protección de Datos. Jamás deben quedar en la mesa donde se ha estado trabajando, ni desechar en una papelera convencional (existen zonas destinadas específicamente a este fin).

-Información a los pacientes: No todos los médicos tenemos la misma habilidad para dar información, pero de todo se aprende. Se trata de comunicar temas de suficiente profundidad que requieren sensibilidad, tacto; a veces en condiciones duras (madrugada, comunicación de malas noticias...) y con fatiga. Debemos tener presente, por supuesto, la Autonomía de Paciente, uno de los elementos de la bioética que nos obliga a explicar al paciente todo lo relacionado con su proceso patológico y sus soluciones. Y saber si dicha información podemos facilitarla a alguien que la solicite (Ley de Protección de Datos). Por supuesto en las situaciones de extrema urgencia no siempre podemos respetar este ideal. Antes de informar debemos preguntar a quién vamos a dar la información, y qué relación tiene o tienen los que esperan por el paciente. En la información que damos al paciente es muy importante el lenguaje no verbal. Nuestros gestos, nuestra mirada a los ojos del paciente, evitando usar el ordenador mientras nos habla, nuestra atención a lo que dice... todo ello implica que nos importa lo que nos está contando, muestra empatía, y con eso ya tenemos mucho ganado en la confianza que nos dé el paciente. Lo que nos dice nos importa. Una buena comunicación

es la que es veraz, adecuada o proporcional, y suficiente. Debe ser adecuada, comprensible y proporcional a los que reciben la información. El tacto y la experiencia nos harán saber cuándo hay que decir una verdad “cruda”, y cuándo una “verdad soportable”. Al acabar de informar debemos preguntar si quieren saber algo más en concreto. Con esto establecemos el necesario feed-back para saber si el mensaje que dimos se entendió. La situación de angustia y miedo hace que los familiares no entiendan a veces lo que les explicamos, y eso no trae consecuencias buenas para el equipo médico (“Vd. me dijo que no tenía importancia”, “no me habló de otros métodos para solucionar mi problema”, “estaba nervioso y no le entendí...”.) Se debe EVITAR INFORMAR EN EL PASILLO. Todas las secciones tienen un local para dar la información. La confidencialidad es cada vez más necesaria y la falta de confidencialidad cada vez es más perseguida.

- El informe de alta tiene una importancia primordial en la actividad del Servicio. Es el documento que el paciente lleva consigo y viene a ser la carta de presentación ante terceros. Por lo tanto, debe ser releído, corregido y firmado por el cirujano y residente que atendieron al paciente. Además de evitar errores tipográficos y ortográficos, debe incluir claramente la comorbilidad, el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios y los tratamientos. Debe evitarse la inclusión de extranjerismos, neologismos, epónimos, acrónimos no suficientemente conocidos. Y, sobre todo, el INFORME DE ALTA, DEBE SER COHERENTE, describiendo de forma cronológica los acontecimientos patológicos, pruebas complementarias, etc. Dentro del informe de alta hospitalaria, se incluirán las observaciones y consejos de enfermería respecto a los cuidados que consideren necesarios.

-El R1 no está capacitado para otorgar altas hospitalarias sin la firma de un adjunto. Se debe comprobar que la medicación está firmada en la receta electrónica (MUP), incluyendo las bolsas de ostomías.

QUIRÓFANO

-Debemos ser puntuales en quirófano, conociendo el paciente que va a ser intervenido, las pruebas complementarias y la intervención a realizar.

-El residente debe estar en el quirófano a primera hora y colaborar en la preparación del mismo con Anestesia y Enfermería. Esto incluye conocer la vía de abordaje, la colocación necesaria, material necesario, necesidad de sondaje vesical, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica y previsión o no de necesidad de cama de UVI. La colocación del paciente es fundamental, con relevancia desde el punto de vista de seguridad (evitar quemaduras, compresiones nerviosas, posturas inadecuadas); y porque puede influir en la propia intervención (desde la propia comodidad del equipo que está operando, hasta incluso producir una limitación para realizar determinados gestos quirúrgicos).

-Al finalizar la intervención se debe realizar el protocolo quirúrgico, firmar el tratamiento, solicitar peticiones (Anatomía Patológica: se envía en fresco lo tumoral, el resto en

formol; microbiología), e informar a la familia. Pararse a escribir el protocolo quirúrgico ayuda a realizar un repaso de la intervención y sistematizar los pasos realizados.

-No se debe informar a los familiares del paciente hasta que éste no esté recuperado de la anestesia (aunque infrecuente, se han dado casos en los que el cirujano informa que “la cirugía ha sido un éxito”, sucediendo posteriormente alguna incidencia con el despertar...)

GUARDIAS

-Es obligada la asistencia al pase de guardia, a las sesiones de morbimortalidad, y a las jornadas, siempre puntuales.

-Siempre se debe llamar y preguntar las dudas. No se puede realizar un procedimiento sólo y sin experiencia (independientemente de la hora).

-Los residentes tienen derecho a la libranza de la guardia. Ahora bien, de forma puntual puede ser necesario colaborar en un saliente de guardia. En general, todos somos capaces de realizar alguna tarea antes de la libranza, entre las que se incluye valorar a los pacientes que hemos intervenido en la guardia. Adicionalmente, se puede destinar un momento a valorar si algún compañero necesita ayuda en algún aspecto antes de irnos a casa a descansar. Un ejemplo sería revisar si los preoperatorios del día siguiente están completos, o solicitar las citas al alta de aquellos pacientes que podemos prever que se irán al domicilio. Si algún residente se quiere quedar en el Hospital y no librar, no se debe sentir presionado por los que libran.

SESIONES

Idealmente, como conocemos el tema asignado a cada sesión, sería conveniente revisar /estudiar el tema que se va a tratar en la sesión y preparar preguntas que nos surjan. Esto da dinamismo a la sesión, nos obliga a estudiar y demuestra interés con respecto a los que han hecho el esfuerzo de preparar la sesión. Tenemos que tener respeto por los compañeros que han preparado la sesión, y evitar adelantar trabajo durante la sesión con los ordenadores, imprimir documentos (por el ruido que entorpece escuchar la sesión, distrae al que está dando la charla; y porque supone que hay alguien que no está atendiendo al que ha hecho el esfuerzo de preparar la sesión). Además, es una forma de ir repasando todo el temario a lo largo del año, aprovechándonos de la tarea de actualización que ha hecho alguien por nosotros.

ACTITUD CON NUESTROS COMPAÑEROS

-En relación con el lenguaje, debemos evitar emplear entre nosotros vulgarismos; los pacientes o familiares no son “pesados”, están preocupados por un problema de salud. “Cuando ayudes a alguien, hazlo dando gracias, pues la vida te ha puesto en el lugar

del que da y no en el lugar del que necesita la ayuda”. Hay que tener empatía con los pacientes y familiares.

-También debemos cuidar nuestro lenguaje de cara a los compañeros... a veces nos acostumbramos a decir: “esto es un desastre” ante cualquier dificultad. De ninguna manera podemos contaminarnos con esos términos. Nosotros tenemos problemas, no desastres. Las formas son fundamentales, y una cosa es la crítica y otra cosa es la “toxicidad”. El que dice “esto es un desastre” sin aportar soluciones no ayuda. Ver juntos posibles soluciones es lo que nos enriquece y nos hace avanzar juntos.

-Nos debemos a la Empresa (Hospital) que nos contrató con un salario a cambio de nuestra dedicación a una tarea. Por lo tanto, todo aquello que sea referirse a temas laborales, salariales, de cargas de trabajo, etc, en lugares públicos, desprestigia a la Empresa (Hospital) que nos contrató y nos desprestigia también a nosotros. Es muy corriente hablar de estos temas en el ascensor, sin importarnos que van pacientes y familiares en el mismo. Cuántas veces oímos: “otra guardia más, y encima ¡para lo que nos pagan!”, “la supervisora me ha cambiado el turno otra vez, no sabe ni lo que hace”, “estoy harto de trabajar, a ver si me toca la lotería y me jubilo...” y así sucesivamente, ventilamos en el ascensor problemas internos que cargan de incertidumbre a pacientes que bastante tienen con lidiar con la enfermedad. De ninguna manera se debe crear dudas a los pacientes (a saber el juicio que se hacen los pacientes del hospital tras oír estos problemas).

-Los residentes SOIS UN EQUIPO y debéis trabajar como tal. Así, cuando uno de los residentes haya terminado la tarea asignada, consultará al resto para comprobar si alguno de sus compañeros precisa ayuda. En el caso del residente de planta, una vez finalizado el pase de visita, acudirá al quirófano de la sección. Por otra parte, si es el residente asignado al quirófano el que termina antes, ayudará con las tareas pendientes de la planta. El planteamiento es doble: aprovechar quirófanos y oportunidades de aprendizaje al máximo; y trabajar como un equipo en el que todos somos responsables del bienestar de nuestros compañeros. Así, no debería ocurrir que dos residentes que están en una misma sección, salgan con horarios muy diferentes.

-La tarea de supervisión y enseñanza a los residentes recae fundamentalmente sobre los adjuntos del servicio; pero también sobre los residentes mayores. Es responsabilidad de cada residente supervisar y enseñar a sus residentes pequeños.

EVALUACIONES

De forma anual se lleva a cabo una evaluación del desarrollo de cada uno de los residentes, con los pasos descritos en la memoria.

-Hojas de evaluación. Cada rotación (incluidas las rotaciones en otros centros), se deben acompañar de una evaluación (las clásicas “hojas de evaluación”, sustituidas en la actualidad por la evaluación en la App Formación Sanitaria). Cada residente debe elegir un colaborador docente (jefe de sección o coordinador en las rotaciones dentro del servicio; o bien el tutor de residentes de la especialidad en la que haya rotado en las rotaciones externas). Dicho colaborador docente será la persona encargada de realizar

la evaluación. Posteriormente, el tutor de cada uno de los residentes deberá validar la evaluación. Es responsabilidad del residente solicitar (recordar) al colaborador docente la necesidad de realizar este documento. **NO SE DEBE ESPERAR AL FINAL DEL AÑO**, sino que se realizará en el momento de finalizar la rotación. No tiene sentido que se evalúe en Junio “a última hora” un trabajo realizado, por ejemplo, en septiembre.

-Entrevista tutorizada: Se debe realizar 4 entrevistas a lo largo del año. No hay una fecha establecida para cada una de ellas, pero se realizarán siempre que el residente lo requiera y preferentemente durante las rotaciones; de tal forma que si se detecta algún problema, se pueda solucionar antes de finalizar su rotación. Es responsabilidad del residente convocar dichas entrevistas tutorizadas y asegurarse de cumplir con el mínimo de 4 entrevistas. El “esquema” de la entrevista se puede obtener de Intranet en el apartado de docencia; o bien (preferiblemente), a través de la App Formación Sanitaria. En el momento de cada entrevista tutorizada se debe comprobar que están preparadas las hojas de evaluación de las rotaciones previas y que se tiene actualizada la memoria del residente.

-Memoria del residente, cursos, documento de actividades. Actualmente, todavía se realiza en formato en papel; pero desde el próximo año esta evaluación será digital, a través de la App; completándose con los distintos documentos que haya subido el residente a la aplicación. Se deben ir subiendo todos y cada uno de los certificados de los cursos, congresos a los que se ha asistido, así como las publicaciones en las que se ha participado. Se podrá aportar un documento Word que resuma todas las intervenciones realizadas a lo largo del año (como cirujano principal y como primer y segundo ayudante). **SE DEBE IR RECOGIENDO TODAS LAS INTERVENCIONES EN LAS QUE SE PARTICIPA, ASÍ COMO CURSOS, CONGRESOS E INVESTIGACIÓN A LO LARGO DE TODO EL AÑO**, y no esperar a rellenarlo en el último momento. Bien realizada, la memoria del residente facilita enormemente el completar vuestro curriculum. Se debe participar en los cursos ofertados por Docencia del hospital. Una vez subidos los certificados, se les asignará una puntuación y precisará la validación por vuestro tutor.

En la evaluación anual, los tutores se reúnen con la comisión de Docencia y, uno a uno, se revisa la trayectoria anual de cada uno de los residentes, asignando una nota.

Página web: hulp.seasalt.tech

App: Formación Madrid

ESTUDIO

-La Cirugía General y del Aparato Digestivo es una especialidad muy amplia, y requiere muchísimos conocimientos teóricos y prácticos. Los prácticos se desarrollan fundamentalmente durante la labor asistencial. Los teóricos dependen de la responsabilidad individual de cada uno... Nuestra recomendación es que durante tu periodo de residencia dediques al estudio un tiempo mínimo de 2 horas diarias. Este tiempo no incluye el desarrollo de artículos, posters o tesis doctorales, sino el tiempo dedicado a estudiar la patología y la técnica quirúrgica propiamente dicha. Es

interesante que establezcas una rutina de estudio para tu día a día y te asegures de su cumplimiento.

A continuación se expone un listado de libros y revistas recomendadas.

LIBROS

- SCHWARTZ. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA.
- SABISTON, TRATADO DE CIRUGÍA.
- ENCICLOPEDIA MEDICO-QUIRÚRGICA
- MANUAL DE CIRUGÍA DE LA AEC. 3ª ED. 2022
- FARDON. ENDOCRINE SURGERY.
- PERASON. ESOPHAGEAL SURGERY.
- ZOLLINGER. ATLAS OF SURGICAL OPERATIONS.
- CARBONELL. HERNIA INGUINAL/CRURAL.
- PARILLA. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA.
- LLEDÓ. CIRUGÍA COLORRECTAL.
- GORDON. PRINCIPLES & PRACTICE OF SURGERY FOR COLON, RECTUM AND ANUS. 2ª ED. 1999 - PHILIPS R. MODERN COLOPROCTOLOGY.
- BLUMGART. SURGERY OF THE LIVER AND THE PANCREAS.

REVISTAS CIENTÍFICAS DE INTERÉS EN CIRUGÍA GENERAL

- ANNALS OF SURGERY
- SURGERY
- AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
- BRITISH JOURNAL OF SURGERY
- ANNALS OF SURGICAL ONCOLOGY
- REVISTA ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
- REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Biblioteca del HULP

Está ubicada en un edificio propio que comparte con Recursos Humanos, Bioestadística e Investigación, situado junto al edificio de Docencia, y permanece abierta ininterrumpidamente desde las 8.00h hasta las 21h de lunes a viernes.

Tel.: +34(91)7277450

Fax: +34(91)7277056

Correo electrónico: biblio.hulp@salud.madrid.org

La Biblioteca es de libre acceso y circulación para los facultativos del complejo hospitalario y para los estudiantes de la Facultad de Medicina y de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. La Biblioteca dispone de conexión WiFi de banda ancha con acceso gratuito a intranet. Desde el año 2011 toda la colección de revistas y bases de datos electrónicas están contratadas con licencias de acceso en línea a través de una única clave generada por la herramienta PAPI que permite acceder también al texto completo de las revistas electrónicas contratadas por la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad. Tanto la consulta de las revistas en papel como electrónicas se puede realizar desde el catálogo OPAC M-

HPAZ, previo registro en PAPI. La descripción de todos y cada uno de los recursos y servicios está accesible desde el blog "Biblioteca de Ciencias de la Salud - Hospital Universitario La Paz" <http://bvcshulp.wordpress.com>