
	<b>PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD PROGRESIVA DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO</b>
	N° Ed.1; 27/09/2016 Cod. PR/CODO/47; Pág. 1 / 18

## ÍNDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Marco normativo
- 3.- Estructura, áreas y funciones del servicio ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - 3.1.- Recursos humanos
  - 3.2.- Recursos físicos
  - 3.3.- Recursos técnicos
  - 3.4.- Cartera de servicios
- 4.- Objetivos docentes de la actividad asistencial y de las guardias
  - 4.1.- Objetivos generales de la formación
  - 4.2.- Contenidos específicos. Competencias a adquirir por año de residencia
  - 4.3.- Rotaciones y atención continuada/guardias
  - 4.4.- Sesiones clínicas y actividad científica
  - 4.5.- Evaluación
- 5.- Niveles de responsabilidad para las habilidades del residente de ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - 5.1.- Objetivos específicos operativos/actividades por año de residencia
  - 5.2.- Descripción de las patologías, situaciones y procedimientos que deberán ser realizados o supervisados directamente por el especialista
  - 5.3.- Procedimientos que garantizan la adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente

# 1.-INTRODUCCIÓN

Dentro de las responsabilidades derivadas de la acreditación docente que asume el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) se encuentra el garantizar la supervisión y la adquisición progresiva de responsabilidades por parte de los residentes a lo largo de su proceso formativo. La complejidad y la dimensión de esta misión, que incluye el desarrollo completo de los programas formativos, el cumplimiento de las normas en vigor y la mejora de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes, determinan que sea la institución en su conjunto (equipo directivo, responsables asistenciales, tutores, Comisión de Docencia, servicios jurídicos, etc.) quien deba asumir solidariamente la tarea

## 2.-MARCO NORMATIVO

*El REAL DECRETO 183 de 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 capítulo V (artículos 14 y 15) hace referencia al deber general de supervisión y a la responsabilidad progresiva del residente:*

**RD 183/2008 CAPIÍTULO V. Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente**

### **Artículo 14. El deber general de supervisión.**

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

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

*Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a*

2

*fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.*

### **Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente**

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

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

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

*3. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.*

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

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

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

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

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

### **3.- ESTRUCTURA, AREAS Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

#### **3.1. RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO**

En la actualidad el Servicio de Cirugía General y Digestivo está formado por un Jefe de Servicio, cuatro jefes de sección, 17 adjuntos, 3 adjuntos contratados para guardias y 10 residentes.

##### **JEFE DE SERVICIO**

Javier Granell Vicent

##### **JEFES DE SECCION**

Dr. Noguerales

Dr. Hernández Merlo

Dr. Diez

Dr. Gutiérrez

##### **ADJUNTOS**

Dr. Ratia

Dr. Rodríguez

Dra. San Román

Dr. Medina

Dr. Villeta

Dr. Druet

Dr. Martín Molinero

Dra. Blázquez

Dra. Hernández Juara

Dr. Mugüerza

Dra. Minaya

Dra. Gómez

Dra. Lasa

Dra. López

Dr. Martín Fernández

Dra. Marcos

Dr. Diaz

Dra. Vera

Dr. Mendoza

Dra. Guillamot

## SECCION DE CIRUGIA VASCULAR

Dr. Ruiz Grande

### TUTORES

Dr. Mugüerza

Dr. Martín Molinero

Dra. Lasa

### RESIDENTES

R-5: Dr. Ovejero, Dr. Pedraza, Dr. Córdova

R-4: Dra. Medina

R-3: Dr. Aguado, Dr. Guijarro

R-2: Dra. Furtado, Dra. Jiménez

R-1: Dra. Pérez, Dra. Sánchez

El servicio se encuentra dividido en cuatro secciones por patologías. La sección A dedicada a la cirugía endocrinológica y de la obesidad. La sección B dedicada a cirugía colorectal, la Sección C dedicada a cirugía esófago-gástrica, hepatobiliopancreática y de la carcinomatosis peritoneal. Existe una sección dedicada a cirugía vascular adscrita a nuestro servicio.

### 3.2. RECURSOS físicos y técnicos

El servicio está dividido en cuatro áreas asistenciales básicas:

- Área de quirófano
  - Área de quirófano de cirugía mayor
  - Área de quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria
  - Área de quirófano de locales en Francisco Díaz
- Área de Urgencias
- Área de Hospitalización
- Área de consultas

Consultas hospitalarias  
Consultas en centro de especialidades Francisco Díaz

Existen dos o tres quirófanos de cirugía mayor diarios, uno de ellos equipado para la realización de cirugía laparoscópica avanzada. Tres quirófanos semanales de cirugía mayor ambulatoria y un quirófano semanal de cirugía local en Francisco Díaz.

Hay consultas en el hospital extrahospitalarias diarias con cinco puestos funcionando, y tres consultas semanales en Francisco Díaz.

Existe una consulta especializada de ecografía y manometría endoanal

### 3.3 CARTERA DE SERVICIOS

#### I. Cirugía Endocrinológica

- **Patología tiroidea:**

- Displasias nodulares.
- Bocio multinodular.
- Nódulo tiroideo
- Hipertiroidismo difuso y nodular
- Neoplasias tiroideas Tiroiditis

Procedimientos: Hemitiroidectomía, Tiroidectomía total, Tiroidectomía con linfadenectomía cervical.

- **Patología paratiroidea:**

- Hiperparatiroidismo primario.
- Adenoma e Hiperplasia paratiroidea
- Neoplasias de paratiroides
- Hiperparatiroidismo secundario.

Procedimientos: Cervicotomía exploradora, Adenomectomía selectiva, adenomectomía con determinación intraoperatoria de PTH, Paratiroidectomía subtotal y total

- **Patología de la glándula suprarrenal:**

- Neoplasias funcionantes y no funcionantes
- Feocromocitoma
- Angiomiolipoma

Procedimientos: adrenalectomía laparoscópica, Adrenalectomía abierta

- **Obesidad Mórbida**

Procedimientos: By Pass gástrico laparoscópico, Tubular gástrico laparoscópico, derivación biliopancreática de Scopinaro

## II. Cirugía Colorrectal

- **Patología Inflamatoria Intestinal**

- Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa
- Enfermedad Diverticular : diverticulitis aguda y recidivante
- Colitis isquémica
- Otras enterocolitis

Procedimientos: Estricturoplastias, Resecciones intestinales segmentarias, Colectomía parcial, Colectomía total, Panproctocolectomía, Reservorio ileoanal, ileostomía, Colostomía.

- **Patología Tumoral**

- Carcinoma de colon
- Carcinoma de Recto
- Otros tumores colorrectales benignos y malignos: Tumores del estroma gastrointestinal

Procedimientos: Colostomía, Ileostomía, Hemicolectomía derecha, Hemicolectomía izquierda, Colectomía subtotal, Colectomía segmentaria, Sigmoidectomía, Resección anterior de recto, Amputación abdominoperineal de recto, Resección transanal de tumores rectales. Las resecciones de colon en sus diversas variantes se realizan abiertas y por laparoscopia.

- **Patología Proctológica Benigna Patología del suelo pélvico :**

- Rectocele,
- Prolapso rectal
- Incontinencia anal
- Hemorroides
- Fístula perianal
- Fisura anal
- Patología del sinus pilonidal
- Hidrosadenitis perineal
- Condilomatosis perianal
- Biopsia anorrectal

Procedimientos : Perineoplastia con prótesis, Resección de prolapso rectal, Pexia rectal por vía abdominal, Reparación anatómica de esfínter anal, implante protésico esfinteriano, hemorroidectomía, fistulectomía, Esfinterotomía interna parcial, Resección de sinus pilonidal con cierre 1° ó 2°.

## III. Cirugía Esofagogástrica , Hepatobiliopancreática y esplénica

- **Patología esofagogástrica y duodenal**

- Divertículo de Zenker



- Otros divertículos esofágicos
- Carcinoma de esófago
- Otros tumores esofágicos
- Achalasia de cardias
- Hernia hiatal – Reflujo gastroesofágico – Esófago de Barret
- Carcinoma gástrico
- Otros tumores gástricos
- Enfermedad péptica esofagogastroduodenal
- Tumores y divertículos duodenales

Procedimientos : Diverticulectomía, Miotomía esofágica, Esofaguectomía total, subtotal ó parcial por vía transhiatal, abdominotorácica ó cervicoabdominotorácica. Miotomía esogagástrica de Heller, Herniorrafia hiatal, Funduplicatura abierta ó laparoscópica, Gastrectomía total, subtotal ó parcial, Linfadenectomías oncológicas, Vaguestomía troncular, Píloroplastia, Gastroyunostomía, Resección de tumores duodenales, duodenopancreatectomía

- ***Patología Hepatobiliopancreática***

- Tumores hepáticos primarios y metastáticos
- Hidatidosis hepática
- Quistosis hepática simple
- Patología litiásica biliar
- Patología biliar inflamatoria
- Colangiocarcinoma
- Otros tumores biliares
- Carcinoma de páncreas
- Otros tumores epiteliales del páncreas
- Tumores neuroendocrinos del páncreas y tramo digestivo alto
- Pancreatitis crónica

Procedimientos: ablación por microondas y radiofrecuencia de lesiones hepáticas. Resección hepática subsegmentaria, Metastasectomía, Hemihepatectomía derecha, izquierda y extendida. Cirugía de la hidatidosis, Fenestración de quistes hepáticos, colecistectomía abierta y laparoscópica, Cirugía de la coledocolitiasis abierta y laparoscópica, Resección radical y paliativa de los tumores biliares, derivaciones biliodigestivas, Duodenopancreatectomía cefálica y total, Enucleación de tumores neuroendocrinos pancreáticos, Pancreatectomía parcial y subtotal, derivaciones pancreaticoyeyunales Cirugía del bazo Enfermedades hematológicas Esplenomegalias – hiperesplenismo Tumores esplénicos Otras masas y quistes esplénicos Procedimientos : Esplenectomía abierta y laparoscópica

#### **IV. Cirugía general y miscelanea**

- Patología de la pared abdominal
  - Patología herniaria primaria y secundaria

- Tumores de la pared abdominal
- Obesidad abdominal

Procedimientos: Hernioplastia inguinal, crural, umbilical, epigástrica, lumbar, otras hernioplastias, todas ellas mediante reparación antológica ó protésica, Resección de pared abdominal y reconstrucción plástica, abdominoplastias, dermolipectomía suprapúbica

- Cirugía del Melanoma Maligno y otros tumores cutaneos  
Resección radical Linfadenectomías regionales con ganglio centinela .Injerto cutaneo libre y pediculado
- Cirugía de los tumores de partes blandas Sarcomas Otros tumores de partes blandas  
Procedimientos: Resección radical, Enucleación, Reconstrucción plástica
- Cirugía Mayor Ambulatoria  
Patología Herniaria seleccionada  
Patología Proctológica seleccionada incluido el sinus pilonidal  
Procedimientos biópsicos (adenopatías u otros)  
Resección de tumores de partes blandas
- Cirugía Menor Ambulatoria  
Resección de pequeños tumores superficiales  
Biopsia de arteria temporal  
Patología cutánea benigna  
Procedimientos biópsicos menores

#### **V. Patología vascular**

Arteriopatía degenerativa ocliterante  
Isquemias agudas de miembros por embolia o trombosis  
Aneurismas y arteriopatías ectasiantes  
Arteriopatía inflamatoria y vasculitis  
Traumatismos vasculares  
Fístulas arteriovenosas  
Malformaciones y tumores vasculares  
Ulceras de origen vascular  
Insuficiencia cerebro vascular de origen extracraneal  
Isquemia mesentérica  
Síndromes de salida torácica  
Pie diabético

Procedimientos:

No quirúrgicos

- Tratamiento médico vascular arterial y venoso

- Anticoagulación extra e intra hospitalaria
- Fibrinólisis
- Fármacos vasoactivos

Cirugía arterial:

- Isquemia de sector aorto-iliaco
- Isquemia de sector fémoro-poplíteo y distal
- Isquemia de MMSS
- Descompresión neurovascular del desfiladero torácico
- Cirugía carotídea
- Cirugía de aneurismas de aorta abdominal y tóracoabdominal
- Cirugía de aneurismas iliacos, femorales, poplíteos y viscerales
- Miscelánea:
  - o Fasciotomías
  - o Amputaciones mayores
  - o Amputaciones menores

Accesos vasculares:

- Fístula AV autóloga a cualquier nivel
- Fístula AV protésica a cualquier nivel

Malformaciones AV congénitas

- Malformaciones de grandes vasos
- Malformaciones de vasos periféricos
- Angiodisplasias

Patología tumoral:

- Tumores vasculares
- Paragangliomas carotídeos y de cualquier localización
- Tumores de cualquier tipo con implicación vascular

Técnicas quirúrgicas básicas:

- Sutura arterial
- Endarterectomía
- Trombo-emblectomía
- Parche de angioplastia
- Injerto
- By-pass anatómico
- By-pass extra-anatómico
- Ligadura arterial
- Descompresión
- Simpatectomías

Procedimientos endovasculares:

- Angioplastia simple con balón (simple o con drogas)
- Angioplastia con stent (simple, recubierto o con drogas)
- Endoprótesis aorto-iliaca

#### **4. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DE LAS GUARDIAS**

##### **4.1 Objetivos generales de la formación**

El objetivo fundamental de la formación en la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo es adquirir todas las competencias necesarias sobre la patología quirúrgica electiva y urgente del aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello. Así mismo, el residente debe estar capacitado para resolver los problemas urgentes de otras especialidades: Cirugía Vascular, Cirugía Torácica, Cirugía Urológica, Urología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Cirugía Plástica.

El residente será capaz de realizar su labor tanto en la urgencia, como en la cirugía programada, en la planta de hospitalización o en las consultas.

Finalmente la formación en Cirugía General y Aparato Digestivo deberá capacitar al profesional para la investigación y la docencia como disciplina troncal de otras especialidades quirúrgicas.

Los niveles de responsabilidad del residente se dividen en 3:

- Nivel 1: el residente realiza una actividad sin necesidad de autorización inmediata. Es decir, ejecuta y luego informa.
- Nivel 2: posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del staff.
- Nivel 3: se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de la plantilla.

En cuanto a la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas en cirugía general son:

- Grado 1:  
Limpieza quirúrgica y sutura de herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y cierre. Biopsia de la arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de hidrosadenitis 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.

Inserción de trócares laparoscópicos. Gstroyeyunostomía. Píloroplastia. Sutura de perforación ulcerosa. 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. Tiroidectomía total. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía. Funduplicatura de Nissen por laparoscopia. Abordaje de esófago cervical. Adrenalectomía abierta.
- Grado 5:  
Esofagectomía. Gastrectomía total. Amputación abdominoperineal. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas

#### **4.2 . Contenidos específicos. Competencias a adquirir por año de residencia**

Los objetivos específicos por año de residencia son:

##### Primer año de residencia:

Objetivos:

Progresiva integración del residente en la práctica de la especialidad, mediante su adhesión a una sección del servicio. Allí será tutorizado por los miembros del staff y sus residentes mayores.

Se entrenará en la realización de la historia clínica, el examen físico y la investigación complementaria del paciente quirúrgico así como en la exposición oral de la historia clínica y de los resultados de la exploración de los pacientes, de cuyos cuidados se encarga subsidiariamente. Instrucción en la importancia que tiene plantear la discusión de las indicaciones quirúrgicas y, en su momento, de las opciones técnicas. Aprender a considerar, en toda indicación quirúrgica, así como en la opción técnica escogida, la relación riesgo/beneficio para el paciente. Entrenamiento en el cumplimiento exigente de las técnicas asépticas y antisépticas dentro del área operatoria. Introducción a la formación del residente en los principios de investigación en cirugía.

Actividades: Participación activa progresiva en la presentación de los casos clínicos en las sesiones y en la discusión abierta sobre cada uno de ellos. Iniciación como segundo ayudante en los equipos quirúrgicos, tanto en cirugía electiva como urgente, en intervenciones más o menos complejas; y como primer ayudante en las intervenciones quirúrgicas más simples; para que, al final del primer año, pueda realizar como primer cirujano intervenciones de grado 1 y también de grado 2.

13

#### Segundo año de residencia:

##### Objetivos:

Ampliación progresiva de los objetivos y las funciones adquiridas durante el primer año.

Actividades: Mayor implicación en la asistencia de los pacientes ingresados en la planta de hospitalización del Servicio. Participación activa progresiva en la presentación de los casos clínicos en las sesiones y en la discusión abierta sobre cada uno de ellos. Realización, como primer cirujano, de intervenciones quirúrgicas de segundo grado de complejidad. Participación como primer y segundo ayudante en intervenciones quirúrgicas de mayores grados de complejidad.

#### Tercer año de residencia:

Objetivos: Iniciación en conseguir la óptima formación para un cirujano general, en sentido estricto, capaz de asumir sus funciones y responsabilidades en un hospital de nivel comarcal, al terminar su residencia.

Actividades: Participación activa en la presentación de los casos clínicos en las sesiones y en la discusión abierta sobre cada uno de ellos. Realización, como primer cirujano, de intervenciones quirúrgicas de segundo grado de complejidad. Participación como primer y segundo ayudante en intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad

#### Cuarto año de residencia:

Objetivos: Continuación en conseguir la óptima formación para un cirujano general, en sentido estricto, capaz de asumir sus funciones y responsabilidades en un hospital de nivel comarcal, al terminar su residencia. Progresión en la responsabilidad y toma de decisiones.

Actividades: Participación activa en la presentación de los casos clínicos en las sesiones y en la discusión abierta sobre cada uno de ellos. Realización, como primer cirujano, de intervenciones quirúrgicas de tercer grado de complejidad. Participación como primer ayudante en intervenciones quirúrgicas de mayores grados de complejidad. Integración en un equipo de investigación de la Unidad Docente o que esté desarrollando un proyecto de experimental o clínico.

#### Quinto año de residencia:

Objetivos: Terminación en conseguir la óptima formación para un cirujano general en sentido estricto, capaz de asumir sus funciones y responsabilidades en un hospital de nivel comarcal, al terminar su residencia. Iniciar una formación específica complementaria en una de las áreas de especial interés dentro de la propia Cirugía General y de Aparato Digestivo. Completar la formación del residente en la asunción de responsabilidades y en el proceso de toma de decisiones. Ejercerá como Jefe de Residentes. Implicarse de forma muy activa en la formación de residentes de los cuatro primeros años del programa.

Actividades: Realización, como primer cirujano, de intervenciones quirúrgicas de mayor grado de complejidad. Participación como primer ayudante en intervenciones quirúrgicas

de mayores grados de complejidad (hasta grado 5). Participación como primer ayudante a residentes de los dos primeros años en intervenciones de primero y segundo grados de complejidad. Integración en un equipo de investigación del servicio que esté desarrollando un proyecto de experimental o clínico.

### 4.3 Rotaciones y atención continuada

#### 4.3.1 Rotaciones

En la siguiente tabla se establecen las rotaciones específicas de cada uno de los residentes:

		ROTACIONES RESIDENTES CIRUGÍA GENERAL											
		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
SECCION A	CIR	R3a	R3a	R3a	R3a	R3a	R3a	R1b	R1b	R1b	R1b	R1b	R1b
		R1a	R1a	R1a	R1a	R1a	R1a	R4a	R4a	R4a	R4a	R4a	R4a
		R2a	R2a	R2a	R2a	R2a	R2a	R5a	R5a	R5a			
							R3b			R3b	R3b	R3b	
SECCION B	CIR	R1b	R1b	R1b	R1b	R1b	R1b	R3a	R3a	R3a	R3a	R3a	R3a
		R5b	R5b	R5b	R5b		R5b	R2b			R2b	R2b	R2b
		R4b	R4b	R4b			R4b				R5a	R5a	R5a
		R4a		R4a	R4a	R4a	R4a						
SECCION C	CIR	R3b	R3b	R3b	R3b	R3b	R3b	R5b	R5b	R5b	R5b	R5b	R5b
		R5a	R5a	R5a	R5a	R5a		R4b	R4b	R4b	R4b	R4b	R4b
		R2b	R2b	R2b	R2b	R2b	R2b	R1a	R1a	R1a	R1a	R1a	R1a
							R2a	R2a	R2a			R2a	
SECCION VASC					R4a	R4a		R4b	R4b	R3a	R3a	R3b	
ROT FUERA		R4a.NYC		R4b.VASC	R4b.VASC	R5a.NYC		R3b.VASC	R3b.VASC	R2a.UCI	R2a.UCI		
					R5b.NYC			R2b.UCI	R2b.UCI				

En la tabla además de las rotaciones por cada sección de seis meses, se establece una rotación interna por la sección de cirugía vascular del hospital. Una rotación de dos meses por la UCI y una rotación extrahospitalaria en el servicio de cirugía vascular de Hospital Clínico de dos meses.

Por otra parte, existen rotaciones opcionales, en el extranjero realizándose en los últimos años en el Mount Sináí de Nueva York, en Rotterdam y en el Hospital Paul Brousse de París y en otros centros españoles como la unidad de politraumatismo del hospital 12 de Octubre o Cirugía Plástica también del hospital 12 de Octubre.

### **4.3.2 Atención continuada/guardias**

Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. El calendario lo establecen los residentes de último año de manera rotativa con supervisión del jefe de la unidad.

Durante el primer año el residente realizará guardias en la puerta de urgencias de área quirúrgica atendiendo a enfermos de patología urológica, otorrino y cirugía en horario de 15 horas a 8 horas del día siguiente en días laborables, y de 24 horas en festivos. En dicha actividad serán supervisados por el médico de urgencias adjudicado al área quirúrgica y por el otorrino, urologo y cirujanos de guardia. Dichas guardias las realizarán compartiendo el trabajo con los residentes de Urología, Otorrino, Medicina de familia y Medicina del trabajo. Se realizarán unas 5 guardias al mes.

Por otra parte, en el servicio de cirugía, se realiza todas las mañanas a las 8 horas una sesión de pase de guardia. En ella el residente saliente expone al equipo de guardia entrante todos los hechos acontecidos en su guardia, haciendo hincapié en los casos dudoso o que hayan quedado pendientes de diagnóstico o decisión o precisen un control evolutivo especial.

A partir del segundo año realiza guardias de cirugía general exclusivamente, integrado en el equipo de guardia del servicio. Su atención continuada se realiza en diferentes ámbitos: urgencia, hospitalización, quirófano de urgencia, llamadas de la UCI, llamadas de las zonas de hospitalización de otras especialidades.

Con un grado de responsabilidad creciente, el residente deberá familiarizarse con las situaciones urgentes que requieran atención inmediata, el manejo del paciente postoperado y la detección de complicaciones que requieran una actuación urgente. Así mismo aprenderá a priorizar las urgencias, y a definir cuáles son los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos en cada caso.

### **4.4 Sesiones clínicas y actividad científica**

Durante los cinco años de formación, además de la participación activa en el trabajo asistencial, se han establecido unos programas de sesiones científicas, asistencia a cursos y congresos, que se organizan de la siguiente manera:

1. Sesión clínica general. Los lunes a las 8.15 se realiza por parte del residente la exposición de los casos valorados y tratados durante las guardias del fin de semana y posteriormente se presentan todos los casos clínicos de los pacientes que se van a intervenir durante la semana, con su historia, pruebas de imagen, diagnóstico y tratamiento propuesto.
2. Sesiones diarias a las 8.15 de martes a viernes donde el residente cuenta los casos valorados en la guardia del día anterior y se presentan cada día los casos ingresados en cada sección para conocer los evolutivos de cada uno en una sesión de morbi-mortalidad.
3. Sesiones docentes

Los martes además existe una sesión donde un residente presenta un tema de actualidad de interés formativo para todo el servicio.



Una vez al mes se hace una sesión por la tarde conjunta de residentes y tutores, en la que un residente presenta un tema de revisión, a veces en colaboración con otros especialistas, estableciéndose un coloquio posterior con puesta en común de dudas y de preguntas en función del año de residencia.

#### 4. Cursos

Existen una serie de cursos a los que asisten los residentes de forma establecida que son:

- Curso básico de formación en cirugía endoscópica
- Curso de cirugía de la hernia inguinal de la asociación española de cirujanos
- Curso de cirugía laparoscópica avanzada del Hospital clínico san Carlos
- Jornadas de cirugía hepatobiliopancreática del Hospital de <Guadalajara
- Jornada de urgencias de cirugía para residentes del hospital Clínico
- Curso de cirugía laparoscópica esofagogástrica del hospital Universitario Ramón y Cajal
- Curso de cirugía laparoscópica colorrectal del hospital Universitario Ramón y Cajal
- Curso de cirugía laparoscópica y bariátrica del hospital Universitario Ramón y Cajal

Además participan en las jornadas anuales de cirugía hepato bilio pancreática organizadas por el servicio.

#### 5. **Congresos**

Los congresos a los que asisten los residentes son:

Congreso nacional de la sociedad española de cirujanos

Congreso nacional de la sociedad española de cirugía de la obesidad y enfermedades metabólicas

Congreso extremeño de cirugía

Congreso de la sociedad española de cirugía oncológica y carcinomatosis peritoneal

#### 4.5 **Evaluación**

El residente contara con un plan de evaluación

-Evaluación continuada mediante aumento progresivo de la responsabilidad y del manejo de los pacientes. La supervisión es diaria. Se realizará por el adjunto con el que este cada día.

-Entrevista tutor-residente: se realizará con la periodicidad necesaria en base al modelo establecido por la comisión de docencia. El residente expondrá todos los aspectos que considere importantes y el tutor analizará los objetivos conseguidos y marcará los objetivos a conseguir en el siguiente periodo.

-Evaluación anual: se realizará en la fecha establecida por la comisión de docencia con las fichas de evaluación, la memoria anual de actividades y los informes de los tutores.

## **5.- NIVELES DE RESPONSABILIDAD PARA LAS HABILIDADES DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO.**

### **5.1 Objetivos específicos por año de residencia**

Especificados anteriormente en el apartado 4.2.

Estos objetivos se adaptarán individualmente al año de residencia y a las características del residente, haciendo hincapié en una supervisión continuada con niveles de responsabilidad crecientes. El residente no sólo se irá implicando más en la toma de decisiones, en el manejo de pacientes o irá aumentando el grado de complejidad de las intervenciones en las que actúa como primer cirujano o ayudante, si no que también se irá implicando también de forma activa en la supervisión de sus residentes más pequeños.

Por otra parte, la participación en estudios de investigación del servicio, la realización de publicaciones o la elaboración de la tesis doctoral serán objetivos a cumplir al terminar la residencia.

### **5.2 Descripción de las patologías, situaciones, y procedimientos que deberán ser realizados o supervisados directamente por el especialista.**

El residente será el encargado de la valoración inicial del paciente, siempre que no exista riesgo vital, para posteriormente plantear la actitud diagnóstica y terapéutica que lleve a la resolución del problema junto con un staff que supervisará el caso clínico.

En quirófano el residente siempre tendrá un staff supervisando su actividad.

### **5.3 Procedimientos que garantizan la adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente.**

El contacto diario con los miembros del servicio permite la correcta supervisión del residente, que siempre tendrá un staff de referencia al que consultar.

Por otra parte la realización de entrevistas periódicas con los tutores y la convivencia en las guardias será la herramienta que permitirá la detección de posibles problemas y su solución.