

# ITINERARIO FORMATIVO

## SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO



Última actualización: Febrero 2024

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. <b>Introducción y objetivo</b> _____	3
2. <b>Definición de la Especialidad</b> _____	5
3. <b>Características del Servicio</b> _____	39
4. <b>Objetivos y Competencias</b> _____	46
5. <b>Rotaciones</b> _____	50
6. <b>Guardias</b> _____	51
7. <b>Actividades docentes</b> _____	52
8. <b>Tutoría y Supervisión</b> _____	56
9. <b>Evaluación del Residente</b> _____	57

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

¡Bienvenido!

Permíteme, antes que nada, felicitarte por haber llegado al final de una etapa y por el inicio de una nueva y, esperemos, apasionante vida...la del residente. Sin duda, se abre ante ti un mundo completamente diferente a tu etapa de estudiante. Ahora eres MEDICO, no lo olvides nunca.

Igualmente, te agradecemos, el que hayas escogido el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y nuestro servicio para formarte como cirujano general y del aparato digestivo.

Recuerda: “...**Una jornada de mil millas comienza con un solo paso**”. A partir de ahora tu responsabilidad principal serán los pacientes pues a ellos van dirigidas nuestras preocupaciones, estudios, investigaciones y discusiones...y todo esto a pesar de vivir en una sociedad que busca resultados concretos sin atender al esfuerzo del día a día.

Muchas serán las satisfacciones, y llegarás contento a casa, pero no pocas serán las frustraciones. En estos momentos recuerda que cuentas con todos nosotros para ayudarte. Llegáis a un Hospital realmente nuevo en cuanto a su estructura física. Hace ya dos años largos que dejamos la “cuna” de San Martín de Porres para trasladarnos a Majadahonda.

“Aprovéchate” todo lo que puedas de tus residentes mayores. Ellos te enseñarán “de primera mano” y de la forma más práctica cómo afrontar cada situación, cada paciente. Te mostrarán “lo que va más allá de los libros”, el día a día en la Planta, en la Urgencia, en el Quirófano, a moverte entre los distintos servicios... Confía en su criterio y sobre todo (no se cansarán de decírtelo) **LLAMA Y PREGUNTA SIEMPRE QUE TENGAS CUALQUIER DUDA. JAMAS PASA NADA POR LLAMAR A ALGUIEN CON MÁS EXPERIENCIA Y SÍ PUEDA PASAR SI REALIZAS UN PROCEDIMIENTO SOLO Y SIN EXPERIENCIA.** Vas a conocer y a consolidar relaciones con otros compañeros tuyos, cirujanos y no co cirujanos. Esto es de lo más enriquecedor que tiene la residencia. Escucha bien sus opiniones, sus criterios, en ocasiones diametralmente opuestos a los tuyos, sus formas de acercarse a los pacientes y enfocar sus problemas. En la residencia no se aprende SOLO medicina y cirugía, en ella nos forjamos de forma integral para el futuro...

Confía igualmente en tus adjuntos, jefes de sección y jefe de servicio. Estamos **todos** para ayudarte en lo que podamos y formarte como CIRUJANO.

El objetivo de la presente Guía es adaptar el Programa Oficial de la Especialidad al contexto de la Unidad Docente, de acuerdo al 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* (BOE 21 febrero 2008).

Puedes entrar en la Intranet del Hospital, en el área de Docencia y descargar los documentos que serán necesarios durante tu residencia: Libro del Residente, que es la Memoria anual, Entrevista Tutorizada y Encuesta de satisfacción

Te reiteramos nuestra enhorabuena por haber superado el examen MIR y, de nuevo, se bienvenido a esta casa, que desde ahora es la tuya.

José Luis Lucena de la Poza

Mariano Artés Caselles

Tutores de residentes

## **2. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD**

Este apartado recoge el Programa de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo. Está “bajado” de la página web de la Asociación Española de Cirujanos ([www.aecirujanos.es](http://www.aecirujanos.es)) y tiene gran interés pues indica los niveles de actuación y responsabilidad en cada etapa del residente. Aunque intentamos cumplir lo que en el se aconseja, la realidad de los Servicios de cirugía ante las necesidades reales hace que esté sujeto a múltiples variaciones.

### **1. DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS DE LA TITULACIÓN**

#### **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**

Duración: **5 años**

Licenciatura previa: **Medicina.**

### **2. INTRODUCCIÓN**

Por Resolución de 15 de julio de 1986, la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, aprobó el primer programa para la formación de especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD), que había redactado la recién formada Comisión Nacional, fruto de la fusión de dos comisiones previas, la de Cirugía General y la de Cirugía del Aparato Digestivo. Posteriormente, se efectuaron modificaciones que fueron aprobadas por la mencionada Secretaría de Estado con fecha 25 de abril de 1996. Corresponde ahora realizar una actualización de dicho programa, tanto por decisión del Pleno del Consejo General de Especialidades Médicas, como de la propia Comisión Nacional de la Especialidad.

La Cirugía General y del Aparato Digestivo (en adelante CGAD), denominada en los restantes países miembros de la Unión Europea simplemente Cirugía General, 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.

Entre los hechos que justifican la actual revisión del programa formativo de CGAD cabe citar los siguientes:

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:

Mama y Cirugía Hepatobiliopancreática. 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– o de corta estancia –CE–); y en bioética, que ayudarán al profesional a enfrentarse a la progresiva judicialización de la asistencia médica.

### **3. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y SUS COMPETENCIAS**

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. Un ejemplo excelente de este segundo nivel es el tratamiento del paciente politraumatizado, cuya atención inicial corresponde en gran medida, al especialista en CGAD.

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. Por ello, los residentes de otras especialidades quirúrgicas deben rotar durante el primer año de su formación por un servicio de CGAD debidamente acreditado. 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 uni 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.

La atención a estas tres vertientes de la especialidad aproxima el aprendizaje de la CGAD a los contenidos del syllabus de la «Division of General Surgery associated with the UEMS Section of Surgery» y del «European Board of Surgery».

#### **4. 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.

## **5. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN LA ESPECIALIDAD**

La continua evolución de los contenidos de la especialidad hace conveniente que el cirujano sea capaz de analizar los cambios en la práctica profesional con una mentalidad crítica, así como que disponga de los mecanismos necesarios para la formación continuada. Es necesario evitar en el especialista tanto la negativa a aceptar cualquier modificación sobre los esquemas que aprendió en su etapa de residencia, como la aceptación sin crítica de cualquier innovación científica. Para ello, el especialista en formación debe familiarizarse con el método científico y recibir un adiestramiento adecuado en metodología de la investigación.

La formación en investigación no debe realizarse, en principio, lejos de la clínica. Parece más apropiado que el residente se familiarice con lo que representa la investigación clínica desde el inicio de su formación para, a continuación, vivir día a día la práctica clínica con una mentalidad investigadora. Este proceso educacional no puede adquirirse sino en un ambiente profesional que sea ejemplar en este sentido. Por ello, debe tenerse en cuenta la actividad científica contrastada como un criterio básico para acreditar las unidades docentes. Así, el especialista en formación, al entrar a formar parte de estos grupos de trabajo, irá adquiriendo una mentalidad investigadora y aprenderá a ver motivos de investigación o innovación donde otros sólo ven rutina.

La formación en investigación requiere:

A. La acreditación de la docencia únicamente a unidades con actividad investigadora demostrada y un nivel de producción científica suficientemente contrastado.

B. La realización de un curso o seminario sobre Metodología de la Investigación clínica en los primeros meses de la residencia, que se complementará con otro curso sobre Formas de Producción Científica en el segundo año. Los aspectos que debe incluir el curso se especifican en el apartado 6.1 de este programa. Al finalizar el periodo de residencia el residente debe estar en condiciones de redactar una nota clínica, presentar una comunicación a un congreso y valorar con sentido crítico una publicación científica.

C. La rotación durante 2-3 meses, por centros nacionales o extranjeros con acreditada capacidad para la investigación clínica, así como una rotación opcional durante periodos de tiempo variables por centros de experimentación animal o laboratorios de investigación básica. El residente debe aprender que en ocasiones los problemas que surgen en la cabecera del enfermo requieren para su solución modificar la realidad natural en centros de experimentación animal o utilizar sofisticadas técnicas de laboratorio ubicadas en otros departamentos del hospital o en centros de investigación básica.

## **6. CONTENIDO DEL PROGRAMA: CONOCIMIENTOS TRANSVERSALES EN EL ÁMBITO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

### **6.1 Conocimientos en metodología de la investigación:**

El conocimiento científico. Tipos de investigación.

Clasificación de estudios clásicos.

Causalidad.

Aspectos generales de la medición.

Casos y series de casos. Estudios ecológicos y transversales.

Estudios de Casos y Controles.

Estudios de Cohorte y diseños híbridos.

Ensayos Clínicos.

Medidas de frecuencia de la enfermedad. Medidas de impacto / efecto.

Conceptos avanzados sobre sesgo, confusión e interacción.

Evaluación de las técnicas y procedimientos diagnósticos. Revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Desarrollo de un protocolo de investigación (incluyendo tesis doctoral).

Cómo se comunican los resultados de un trabajo de investigación.

Cómo se prepara y se presenta un proyecto de investigación que pretenda ser financiado.

Aspectos básicos de estadística inferencial.

Aspectos básicos de estadística descriptiva.

Conceptos básicos sobre evaluación económica.  
Conceptos básicos sobre investigación sobre el sistema de salud.  
Los métodos cualitativos en la investigación biomédica.  
Ética e investigación (clínica y experimental).  
Principios de informática a nivel usuario.  
Acceso a la información científica.

### **6.2 Conocimientos de bioética:**

Cambios en la profesión. Objetivos, deberes y responsabilidad. El cuidado. Beneficiencia y no maleficiencia. La confianza en cirugía.  
Derechos de los pacientes. Expectativas y límites. Equidad y priorización. El respeto a la autonomía personal. Modelos de relación clínica.  
Consentimiento informado. La no aceptación. La urgencia. El CI escrito y circuitos. Técnicas de comunicación. Información personalizada. La familia. El equipo y la información.  
Capacidad de decisión del paciente. Decisiones por representación. Directrices previas. Sedación y limitación de tratamiento.  
Conflictos éticos. Estudio de casos y metodología de deliberación. Confidencialidad. La historia clínica.

### **6.3 Conocimientos de gestión clínica y calidad asistencial:**

Importancia de la gestión clínica como forma de asumir las decisiones de utilización de recursos por parte de los profesionales. Indicadores asistenciales. La gestión de procesos asistenciales.

Importancia de la protocolización de procesos en vías clínicas (clinical pathway), el papel de los sistemas de información clínica y de los sistemas de clasificación de pacientes (GRDs).

El plan de calidad de un servicio clínico. Las comisiones clínicas. El Modelo Europeo de Excelencia para la gestión de la calidad total (European Foundation Quality Management).

Los costes del sistema sanitario. La limitación de recursos y la eficiencia en las actuaciones médicas. La adquisición de los conocimientos citados en los apartados anteriores se adquirirá a través de cursos/seminarios durante el primer año de la especialidad (anexo I a este programa).

## **7. CONTENIDOS ESPECÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO**

### **7.1 Fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía:**

#### **Principios de la técnica quirúrgica:**

Asepsia y antisepsia.

Diéresis, exéresis y síntesis.

Anestesia.

Hemostasia.

Drenajes.

#### **Bases de la cirugía endoscópica:**

Fundamentos técnicos básicos.

Indicaciones y contraindicaciones.

Abordajes.

#### **Proceso biológico de la curación de las lesiones traumáticas:**

Inflamación.

Cicatrización.

#### **La respuesta biológica a la agresión, accidental o quirúrgica:**

Respuestas homeostáticas a la agresión.

Mediadores de la respuesta.

Alteraciones endocrinas y consecuencias metabólicas.

#### **Desviaciones de la respuesta biológica a la agresión:**

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Shock.

Alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base.

Bases de fluidoterapia.

Insuficiencia respiratoria.

Insuficiencia renal aguda.

Fracaso multiorgánico.

#### **Valoración preoperatoria del paciente:**

Valoración del riesgo quirúrgico y anestésico.

Valoración y manejo nutricional.

Valoración de la co-morbilidad.

**Cuidados intensivos en el paciente quirúrgico:**

Analgesia y sedación.  
Cuidados respiratorios.  
Cuidados cardiovasculares.  
Cuidados metabólicos y nutricionales.  
Tromboembolismo pulmonar.

**Infecciones en cirugía y cirugía de las infecciones:**

Fisiopatología de las infecciones en el paciente quirúrgico.  
Prevención y tratamiento antibiótico.  
Complicaciones infecciosas de la cirugía.  
Infecciones no quirúrgicas en pacientes quirúrgicos: sepsis por catéter, neumonía postoperatoria e infección urinaria.

**Nutrición y cirugía:**

Requerimientos nutricionales.  
Valoración nutricional.  
Consecuencias de la malnutrición en el paciente quirúrgico.  
Técnicas de soporte nutricional: accesos parenteral y enteral.

**Bases biológicas y técnicas de los trasplantes de órganos:**

Concepto de muerte cerebral.  
Identificación y mantenimiento del donante.  
Preservación del injerto.  
Tipos de trasplantes.  
Mecanismos y características del rechazo.  
Principios de la inmunosupresión.

**Principios de la cirugía oncológica:**

Bases de la oncogénesis.  
Genética del cáncer.  
Inmunología y cáncer.  
Marcadores tumorales.

**Tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes:**

Radioterapia.  
Quimioterapia.  
Inmunoterapia.  
Hormonoterapia.

## 7.2 Áreas y contenidos específicos:

### **Aparato digestivo:**

#### **Esófago:**

Pruebas de función esofágica.

Reflujo gastroesofágico: Esofagitis. Estenosis. Esófago de Barrett.

Hernia hiatal.

Esofagitis: Cáusticas. Infecciosas.

Trastornos de la motilidad: Achalasia. Otros.

Divertículos esofágicos.

Perforación esofágica.

Fístula traqueoesofágica.

Patología tumoral: Tumores benignos. Cáncer de esófago. Cáncer de cardias.

Complicaciones de la cirugía del esófago.

#### **Estómago y duodeno:**

Enfermedad ulcero-péptica.

Síndromes de hipersecreción ácida.

Síndrome de Mallory-Weiss.

Vólvulos gástricos.

Hemorragia digestiva alta.

Cáncer gástrico.

Tumores estromales gastrointestinales.

Traumatismos duodenales.

Cirugía bariátrica.

Síndrome postgastrectomía.

#### **Intestino delgado:**

Obstrucción intestinal.

Enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn).

Hemorragia digestiva de origen en intestino delgado.

Tumores del intestino delgado.

Divertículos del intestino delgado.

Obstrucción vascular mesentérica.

Traumatismos del intestino delgado.

Complicaciones de la cirugía del intestino delgado: Fístulas. Adherencias.

Síndrome del intestino corto.

Trasplante de intestino delgado.

**Colon, recto y ano:**

Apendicitis aguda.  
Enfermedad diverticular.  
Colitis ulcerosa.  
Colitis isquémica.  
Obstrucción colónica.  
Síndrome pseudoobstructivo (síndrome de Ogilvie).  
Hemorragia digestiva de origen colorectal.  
Vólvulos de colon.  
Pólipos colorectales.  
Síndromes de poliposis familiar.  
Traumatismos colónicos.  
Cáncer colorectal.  
Prolapso rectal.  
Hemorroides.  
Fisura anal.  
Absceso y fístula anal.  
Condilomas.  
Seno pilonidal.  
Traumatismos anorectales.  
Cirugía del estreñimiento.  
Cirugía de la incontinencia.  
Traumatismos anorectales.

**Hígado:**

Traumatismo hepático.  
Absceso hepático.  
Hidatidosis.  
Fallo hepático fulminante.  
Hepatopatías metabólicas.  
Cirrosis.  
Hipertensión portal: Síndrome de Budd-Chiari. Manejo de la HDA por varices. Técnicas derivativas. TIPS.  
Tumores benignos del hígado.  
Hepatocarcinoma.  
Cirugía de las metástasis hepáticas.  
Trasplante hepático.

**Vía biliar:**

Colelitiasis.

Colecistitis.  
Colangitis.  
Coledocolitiasis: Manejo quirúrgico, endoscópico y radiológico.  
Ileo biliar.  
Quistes del colédoco.  
Colangitis esclerosante primaria.  
Tumores benignos de la vía biliar.  
Tumores malignos de la vía biliar: Colangiocarcinoma. Cáncer de vesícula biliar.  
Complicaciones de la cirugía de la vía biliar: Estenosis benigna. Fístulas.

**Páncreas:**

Páncreas anular y páncreas divisum.  
Pancreatitis aguda.  
Necrosis pancreática infectada y absceso pancreático.  
Pseudoquistes de páncreas.  
Fístula pancreática.  
Pancreatitis crónica.  
Ampuloma.  
Cáncer de páncreas exocrino.  
Traumatismos pancreáticos.  
Trasplante de páncreas: Trasplante de órgano sólido. Trasplante de islotes.

**Cirugía del bazo:**

Traumatismos esplénicos.  
Cirugía conservadora del bazo.  
Esplenectomía por hemopatías.  
Tumores esplénicos.  
Abscesos esplénicos.

**Diafragma y pared abdominal:**

Hernias diafragmáticas congénitas distintas a las de hiato.  
Hernias diafragmáticas traumáticas.  
Hernia inguinal.  
Hernia crural.  
Hernia umbilical.  
Hernia incisional (Eventraciones).  
Hernia epigástrica.  
Hernia de Spiegel.  
Hernia lumbar.  
Hernia obturatriz.

Hematoma de la vaina de los rectos.

**Cirugía del resto del contenido abdominal:**

Peritoneo: Peritonitis difusas. Peritonitis circunscritas y abscesos intraabdominales.

Peritonitis primarias.

Retroperitoneo: Infecciones primarias y secundarias. Tumores retroperitoneales y mesentéricos. Fibrosis retroperitoneal.

**Sistema endocrino:**

**Glándula tiroides:**

Tiroiditis.

Hipertiroidismo.

Nódulo tiroideo.

Bocio multinodular.

Cáncer diferenciado de tiroides.

Cáncer medular de tiroides.

Cáncer anaplásico de tiroides.

Complicaciones de la cirugía tiroidea.

Sustitución hormonal.

Bases del tratamiento con I.131.

**Glándulas paratiroides:**

Hiperparatiroidismo: Primario. Secundario. Terciario. Recurrente o persistente.

Cáncer de paratiroides.

Complicaciones de la cirugía paratiroidea. Hipoparatiroidismo.

**Glándulas suprarrenales:**

Incidentaloma.

Feocromocitoma.

Tumores adrenocorticales: Hiperkortisolismo. Hiperaldosteronismo.

Manejo metabólico del perioperatorio.

Sustitución hormonal.

**Sistema endocrino digestivo:**

Insulinoma.

Gastrinoma.

Otros tumores del páncreas endocrino.

Tumor carcinoide.

Síndromes de neoplasia endocrina múltiple.

**Mama:**

Patología del desarrollo mamario.  
Procesos inflamatorios e infecciosos (mastitis).  
Tumores benignos de la mama.  
Lesiones preneoplásicas.  
Tumores malignos de la mama.  
Reconstrucción mamaria.

**Cabeza y cuello:**

Traumatismos.  
Tumores cervicales.  
Adenopatías cervicales.

**Piel y partes blandas:**

Lesiones por agentes físicos y químicos.  
Infecciones: Infecciones supurativas. Fascitis necrotizante. Miositis necrotizante.  
Gangrena gaseosa. Infecciones estreptocócicas. Úlceras por decúbito.  
Tumores benignos.  
Tumores malignos: Epidermoide. Melanoma. Sarcomas.

**8. ROTACIONES**

El presente programa distingue dos tipos de rotaciones: las que se realizan en otras especialidades bien en el mismo centro hospitalario o en otro hospital, y las que se realizan, dentro de la especialidad de CGAD, en áreas de capacitación o de interés singular, que también pueden llevarse a cabo en el mismo servicio o en otros hospitales.

Las rotaciones por otras especialidades se llevarán a cabo durante el primero, segundo, tercer y cuarto año y las correspondientes a áreas de capacitación o de interés singular de CGAD durante el quinto año.

Con el fin de no mantener al residente alejado del servicio durante un año y medio, las rotaciones por otros servicios se efectuarán a lo largo de los cuatro primeros años de forma discontinua. El primer año es el ideal para efectuar una rotación de 3 meses por UCI/Anestesia. Por último, conviene contemplar, a modo de ampliación de estudios, una rotación de 2-3 meses realizada en los dos últimos años de la residencia, en una unidad docente de CGAD en el extranjero o en otro centro nacional con acreditado nivel investigador y, que sea complementaria de la formación en una de las áreas de capacitación o interés singular de la especialidad.

El calendario y los contenidos de las rotaciones por otras especialidades son los que se relacionan en el anexo I a este programa. Los objetivos a alcanzar en cada una de las rotaciones se especifican en el anexo II a este programa.

El número mínimo de procedimientos que debe realizar un residente durante sus rotaciones por otros servicios, se especifican en el anexo III a este programa.

En el libro del residente quedarán registrados los periodos de tiempo rotacional. Las rotaciones externas deberán ser visadas por los tutores de las diferentes unidades docentes.

Además de las rotaciones que se citan en el anexo I, el residente en CGAD debe llevar a cabo una rotación para la formación en protección radiológica y una rotación en atención primaria en los siguientes términos:

**a) Rotación para la formación en protección radiológica:**

Los residentes deberán adquirir de conformidad con lo establecido en la legislación vigente conocimientos básicos en protección radiológica ajustados a lo previsto en la Guía Europea «Protección Radiológica 116», en las siguientes materias:

- a) Estructura atómica, producción e interacción de la radiación.
- b) Estructura nuclear y radiactividad.
- c) Magnitudes y unidades radiológicas.
- d) Características físicas de los equipos de Rayos X o fuentes radiactivas.
- e) Fundamentos de la detección de la radiación.
- f) Fundamentos de la radiobiología. Efectos biológicos de la radiación.
- g) Protección radiológica. Principios generales.
- h) Control de calidad y garantía de calidad.
- i) Legislación nacional y normativa europea aplicable al uso de las radiaciones ionizantes.
- j) Protección radiológica operacional.
- k) Aspectos de protección radiológica específicos de los pacientes.
- l) Aspectos de protección radiológica específicos de los trabajadores expuestos.

La enseñanza de los epígrafes anteriores se enfocará teniendo en cuenta los riesgos reales de la exposición a las radiaciones ionizantes y sus efectos biológicos y clínicos.

**Duración de la rotación:**

Los contenidos formativos de las anteriores letras a), b), c), d), e), f), g), h), i), se impartirán durante el primer año de especialización. Su duración será, entre seis y diez horas, fraccionables en módulos, que se impartirán según el plan formativo que se determine. Los contenidos formativos de las letras j), k) y l): se impartirán

progresivamente en cada uno de los sucesivos años de formación y su duración será entre una y dos horas destacando los aspectos prácticos.

**Lugar de realización:**

Los contenidos formativos de las letras a), b), c), d), e), f) g), h), i), se impartirán por lo integrantes de un Servicio de Radiofísica Hospitalaria/ Protección Radiológica/Física Médica. Los contenidos formativos de las letras j), k) y l): se impartirán en una Institución Sanitaria con Servicio de Radiofísica Hospitalaria/Protección Radiológica/Física Médica, en coordinación con las unidades asistenciales de dicha institución específicamente relacionadas con las radiaciones ionizantes.

**Efectos de la formación:**

La formación en Protección Radiológica en el periodo de Residencia antes referida, se adecua a lo requerido en la legislación aplicable durante la formación de especialistas en ciencias de la salud, sin que en ningún caso, dicha formación implique la adquisición del segundo nivel adicional en Protección Radiológica, al que se refiere el artículo 6.2 del Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico, para procedimientos intervencionistas guiados por fluoroscopia.

**Organización de la formación:**

Cuando así lo aconseje el número de residentes, especialidades y Servicios de Radiofísica/Protección Radiológica/Física Médica implicados, los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada de las diversas comunidades autónomas podrán adoptar, en conexión con las Comisiones de Docencia afectadas, las medidas necesarias para coordinar su realización con vistas al aprovechamiento racional de los recursos formativos.

**b) Rotación en Atención Primaria**

De conformidad con lo previsto en la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 15 de junio de 2006, el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, es uno de los afectados por dicha rotación que deberá articularse progresivamente, en los términos previstos en la misma. A estos efectos, la unidades docentes acreditadas recabarán dicha Resolución de las gerencias/comisiones de docencia de sus respectivos centros o del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (P.º del Prado, 18-20, Madrid. Teléfono: 91 596 17 81).

## **9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN RELACIÓN CON CONOCIMIENTOS TRANSVERSALES EN EL ÁMBITO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

### **9.1 Objetivos**

Durante el primer año, el especialista en formación debe adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios en relación con la Metodología de la investigación, Bioética y Gestión clínica. También se incidirá en la mejora del idioma inglés con el fin, entre otros, de facilitar una rotación opcional ulterior en un centro extranjero.

### **9.2 Actividades**

Para tales objetivos deberá seguirse durante el primer año de la residencia, cursos o seminarios comunes sobre metodología de la investigación, sobre bioética y sobre gestión clínica, que sumarán al menos 40 horas y con una distribución aconsejada de 60%, 20% y 20% respectivamente para las tres facetas citadas. Los contenidos mínimos de cada curso han sido descritos en el apartado 6 de este programa. Cada curso o seminario debe ser objeto de evaluación y ser registrado en el libro del residente adecuadamente visados por el tutor. En cuanto al aprendizaje o perfeccionamiento del idioma inglés, el residente en CGAD debe procurar en todo momento la mejora en el conocimiento y la práctica del idioma. Debería alcanzar un alto nivel de lectura y, al menos, un nivel medio en conversación. Para este fin, además de cursos específicos, debe estimularse la rotación por hospitales extranjeros durante los dos últimos años de la residencia.

## **10. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN RELACIÓN CON LOS CONTENIDOS ESPECÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO**

### **10.1 Objetivos**

#### **10.1.1 Conocimientos (Formación teórica):**

El especialista en formación en CGAD debe adquirir los conocimientos adecuados y actualizados del programa de la especialidad, cuyos contenidos se muestran en el apartado 7 de este programa. Al final de la residencia debería estar en condiciones de superar una evaluación de estos conocimientos.

#### **10.1.2 Habilidades (Formación asistencial). Niveles de complejidad y responsabilidad:**

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. El baremo orientativo para valorar el grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas se contiene en el Anexo IV a este programa. 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.

### **10.1.3 Actitudes:**

#### a) Genéricas:

Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. 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.

#### b) Profesionales y científicas:

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.

Percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud. 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.

Colaboración con los poderes públicos, sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales.

Asumir la práctica clínica basada en la evidencia científica.

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.

## **10.2 Actividades para cubrir los objetivos.**

### **10.2.1 En cuanto a los conocimientos.**

La formación teórica se efectuará mediante el estudio a nivel individual y el seguimiento de cursos y seminarios. En tales actividades es muy importante la figura del tutor, en orden a aconsejar los textos y tratados más adecuados para la progresiva adquisición de los conocimientos que se indican en el apartado 7 del programa.

El tutor también velará por la asistencia del residente a los cursos y seminarios idóneos en cada momento, en número de 2-3 al año. Se aconseja que tales cursos incluyan actualizaciones y perfeccionamientos en: Iniciación práctica en Cirugía Endoscópica, Formas de producción científica en Cirugía General, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía esofagogástrica, Cirugía hepatobiliopancreática, Coloproctología, Pared Abdominal, Politraumatismos y Cuidados intensivos quirúrgicos, Infección quirúrgica, Cirugía endocrina, Cirugía de la mama, Cirugía endoscópica avanzada, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculat, Trasplantes de órganos abdominales, Obesidad Mórbida. Deben tener preferencia las actividades que incluyan procedimiento de evaluación y aquellos cursos o seminarios cuya organización esté garantizada por la Comisión Nacional de la Especialidad o Asociaciones Científicas de prestigio.

A este respecto en el Anexo I a este programa figura un calendario orientativo por años, para la realización de estos cursos/seminarios, cuyos detalles sobre su seguimiento y evaluación figurarán en el libro del residente, debidamente visados por el tutor.

### **10.2.2 En cuanto a las habilidades:**

Las actividades asistenciales clínicas y quirúrgicas conforman el núcleo más complejo de la formación y pueden esquematizarse en:

#### **a) Actividades en sala de hospitalización.**

Dichas actividades son: visita médica, información a familiares y realización de informes de alta. En las salas, el residente, acompañado por un facultativo y por el enfermero responsable del paciente, efectuará la visita médica. Los pasos a seguir con

cada consulta de paciente hospitalizado son: Interrogatorio sucinto, examen físico e inspección de la hoja de constantes, solicitud de exploraciones complementarias o de hojas de interconsulta, anotación de la evolución clínica y de las órdenes de tratamiento, contribuyendo, posteriormente a informar a los familiares. En su caso, el residente formalizará los informes de alta, que deben incluir: resumen de la historia clínica, expresando claramente el diagnóstico principal, los procedimientos quirúrgicos, la existencia de comorbilidad o de complicaciones y las recomendaciones al alta.

b) Actividades programadas en quirófanos.

El residente debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la orden de operación, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos o de otro tipo y la información a familiares.

c) Actividades en consultas externas.

El residente participará en el área de consultas externas, verdadero laboratorio de relación con la atención primaria y de control del resultado de las terapéuticas quirúrgicas. Durante la visita, el residente realizará el interrogatorio, el examen físico, la formalización de la historia clínica y el plan de actuación. Si el caso es quirúrgico, solicitará el estudio preoperatorio y la consulta preanestésica, según el protocolo del centro. Cumplimentará los documentos de inclusión en lista de espera y el consentimiento específico. En su caso, realizará informe de alta en consulta externa.

**10.2.3 En cuanto a la investigación.**

Las actividades científicas incluyen la preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones del servicio.

Los conocimientos adquiridos en el curso de metodología de la investigación, el ejemplo de la unidad docente, la supervisión del tutor y el estímulo del jefe de la unidad harán que el especialista en formación participe activamente en la realización de, al menos, una comunicación oral y un trabajo escrito por año de formación. Al final del periodo formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos 2 de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos. Estas actividades deberán constar en el libro del residente.

Las sesiones del servicio constituyen una auditoría clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica. El especialista en formación debe participar activamente en las mismas.

Se consideran necesarias las siguientes sesiones:

**a) Sesión de urgencias:** Esta reunión, diaria, es muy importante en todo servicio de CGAD, dado el peso en la actividad asistencial que tienen las urgencias. A primera hora de la jornada se reunirá todo el servicio para asistir a la exposición por el equipo saliente de guardia sobre el desarrollo y justificación de los ingresos, intervenciones urgentes e incidencias de pacientes hospitalizados. Esta actividad debe ser efectuada por el especialista en formación más antiguo. No ha de durar más de 15-30 minutos.

**b) Sesión preoperatoria para cirugía programada:** Durante esta actividad semanal, se exponen (si los casos clínicos lo requieren por su interés) o se entregan los juicios clínicos de los pacientes susceptibles de intervención quirúrgica programada. Dicho documento incluye el diagnóstico, el procedimiento propuesto, grado de dificultad previsto, régimen de ingreso (ambulatorio o tradicional) y requerimientos específicos de preparación. Los casos más complejos, ilustrativos, contradictorios o simplemente más interesantes se presentarán al completo para ejercer de esta manera un mecanismo de actualización formativa; estos son los más adecuados a exponer por el residente.

**c) Sesión científica:** En esta actividad semanal, el residente realiza la actualización de un tema controvertido a propósito de un caso vivido. Otras veces, se presentan los resultados de investigaciones llevadas a cabo en el servicio, en este caso, por un miembro del staff o por otros especialistas clínicos o básicos. El calendario de las sesiones debe confeccionarse previamente por el tutor de residentes de acuerdo con el Jefe del Servicio. Puede aprovecharse como procedimiento de actualización y perfeccionamiento de los contenidos del apartado 7.

**d) Sesión de morbilidad y mortalidad:** Es esta una actividad mensual, en la que debe realizarse un análisis de la morbilidad, complicaciones y mortalidad del servicio, sobre todo de los casos más inusuales o inesperados.

**e) Sesión bibliográfica:** El objetivo de esta sesión, que se recomienda con periodicidad mensual, es el análisis crítico de 2-3 trabajos publicados en revistas de la especialidad de reconocido prestigio. Este análisis, referido no tan sólo al mensaje, sino al método con que ha sido estructurado, será encomendado con la suficiente antelación a un miembro del servicio que deberá exponer sus conclusiones para servir de introducción a una más amplia discusión bajo la coordinación del Jefe del Servicio.

## **11. ATENCIÓN CONTINUADA/GUARDIAS**

El residente participará en los turnos de guardia del servicio con nivel de responsabilidad creciente. Las actividades incluyen: asistencia a los enfermos sobre los que se pide consulta desde el servicio de urgencia, contribuyendo a las decisiones de ingreso, alta, traslado u observación; realización de las intervenciones de urgencia de los pacientes que lo precisen, tanto externos como internos; y atención continuada de los pacientes ingresados. Particularmente importante es la realización de cuidadosas historias clínicas, incluyendo interrogatorio, examen físico, revisión de exploraciones complementarias, etc., hasta la formulación de un juicio sobre indicación o no de intervención quirúrgica urgente. Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. Se aconseja realizar entre 4 y 6 mensuales.

## **12. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS, ACTIVIDAD QUIRÚRGICA, NIVELES DE COMPLEJIDAD Y RESPONSABILIDAD Y LIBRO DEL RESIDENTE**

### **12.1 Aprendizaje de procedimientos y técnicas durante el primer año de residencia.**

Al margen de las intervenciones quirúrgicas el residente de primer año debe aprender los procedimientos y técnicas que se relacionan en el anexo V a este programa.

### **12.2 Intervenciones quirúrgicas al término del periodo formativo.**

El número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente de CGAD como cirujano y como ayudante al término de su residencia, se relacionan en el anexo VI.

### **12.3 Niveles de complejidad y responsabilidad.**

Los niveles de responsabilidad y complejidad a los que se ha hecho referencia en el apartado 10.1.2 de este programa relacionados con las distintas áreas de actividad y año formativo, se han plasmado en el cuadro que figura en el anexo VII a este programa.

### **12.4 Libro del Residente.**

El Libro del Residente en CGAD incluirá los siguientes aspectos:

- a) Cursos comunes: Realización y evaluación de los cursos o seminarios en Metodología de la Investigación, Bioética y Gestión Clínica. Mínimo 40 horas.
- b) Cursos específicos: Realización y evaluación de los cursos o seminarios específicos de CGAD. Mínimo 260 horas.

c) Intervenciones: deben constar las intervenciones programadas y urgentes, realizadas como primer cirujano y ayudante, incluyendo las efectuadas en las rotaciones por otras especialidades, con expresión de los grados de complejidad y el nivel de responsabilidad. En el anexo IV se expone un esquema general del desarrollo de las intervenciones quirúrgicas por años, grado de complejidad y nivel de responsabilidad.

d) Guardias: se indicará en número de guardias realizadas con expresión del nivel de responsabilidad según los años de residencia.

e) Actividad investigadora y científica. Recogerá las comunicaciones, ponencias y publicaciones escritas realizadas por el residente.

El anexo VIII a este programa muestra, de forma orientativa, los datos que debe incluir el Libro del Residente.

**ANEXO I AL PROGRAMA DE CGAD**

**CALENDARIO ORIENTATIVO POR AÑOS PARA LA REALIZACIÓN DE CURSOS DE ACTUALIZACIÓN Y ROTACIONES**

	<b>CURSOS/SEMINARIOS</b>	<b>ROTACIONES</b>
<b>R1</b>	Metodología de la investigación. Bioética. Gestión Clínica.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: U.C.I./Anestesia (3 meses).
<b>R2</b>	Formas de producción científica. C.M.A. Infección quirúrgica.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Radiodiagnóstico (1-2 meses). Endoscopia (1-2 meses).
<b>R3</b>	Pared abdominal y hernias. Iniciación práctica a la Cirugía Endoscópica*.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Cirugía Torácica (2-3 meses). Urología (1 mes). Traumatología (10 guardias).
<b>R4</b>	Cirugía Endocrina. Cirugía de la Mama. Cirugía Esofagogástrica. Asistencia a Politraumatizados**.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Cirugía vascular (2-3 meses). Cirugía Plástica (1 mes). Neurocirugía (10 guardias). Opcionales: Cirugía Pediátrica (1 mes). Ginecología (1 mes). ROTACIONES POR ÁREAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS: Cirugía endocrina y de la mama (2-3 meses).
<b>R5</b>	Cirugía HBP. Cirugía colorrectal. Cirugía laparoscópica avanzada. Trasplante de órganos.	ROTACIONES POR ÁREAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS: Unidad esófago gástrica (2 meses). Cirugía HBP y trasplantes (4 meses). Cirugía colorrectal (4 meses).

## **ANEXO II AL PROGRAMA DE CGAD**

Objetivos de las rotaciones por otras especialidades médicas

### **CUIDADOS INTENSIVOS O ANESTESIA/REANIMACIÓN (3 meses)**

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; Muerte cerebral (diagnóstico y aspectos médico-legales); Mantenimiento del donante; Control postoperatorio inmediato de los pacientes trasplantados.

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.); Técnicas de medición de la presión intracraneal; Métodos de valoración del estado nutricional; El procedimiento de la nutrición artificial (métodos, cuidados y balance nitrogenado).

### **RADIODIAGNÓSTICO (1-2 meses)**

El residente ha de adquirir los conocimientos y destrezas en relación con: Indicaciones e interpretación de la radiología simple y contrastada; Métodos digitalizados; Mamografía (indicaciones en el proceso diagnóstico y en el seguimiento de la patología mamaria, semiología elemental, utilidad en el planteamiento de la cirugía conservadora de la mama); Ecografía (principios de la interpretación ecográfica e indicaciones clínicas, ecografía diagnóstica e intervencionista, eco-doppler); Resonancia magnética (imágenes y espectroscopia por R.M., tipos principales de secuencias e indicaciones clínicas); Angiorradiología diagnóstica e intervencionista

(técnicas e indicaciones); Relación coste-beneficio de las técnicas de diagnóstico mediante imágenes de alta tecnología.

### **ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA (1-2 meses)**

El residente deberá adquirir conocimientos y destrezas en relación con la fibrogastroscofia, la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), la fibrocolonoscopia y la rectoscopia.

Fibrogastroscofia.–Indicaciones y aplicabilidad, con carácter electivo, en la patología del tracto digestivo superior: reflujo gastroesofágico y lesiones asociadas, úlcera péptica gastroduodenal y sus complicaciones, valoración y control del estómago operado, diagnóstico de las lesiones tumorales, incluyendo valoración de extensión (detección macroscópica, obtención de biopsias y aplicación de ecoendoscopia). Indicaciones y aplicabilidad, con carácter urgente, en las siguientes situaciones: cuerpos extraños, ingesta de cáusticos, hemorragia digestiva alta y periodo postoperatorio. También, las posibilidades de la yeyunoscofia y de la enteroscopia con cápsula inalámbrica.

CPRE.–Indicaciones, limitaciones técnicas, lectura de resultados y complicaciones potenciales. Papel en relación con la colecistectomía laparoscópica, indicaciones en los pacientes operados de las vías biliares y en el tratamiento paliativo de la ictericia obstructiva de causa tumoral. Utilidad en la patología benigna y maligna del páncreas.

Fibrocolonoscopia y rectoscopia. –Indicaciones, resultados, limitaciones y complicaciones potenciales de ambas técnicas, tanto con carácter electivo como urgente, en el ámbito diagnóstico y terapéutico.

Por último: Valoración de los controles tras la realización de técnicas endoscópicas y tratamiento quirúrgico de las complicaciones más frecuentes. Aprender los conceptos y prácticas básicos en la desinfección de instrumental endoscópico. Familiarizarse con los métodos de obtención y tratamiento de imágenes en la práctica endoscópica.

### **TRAUMATOLOGÍA (10 guardias)**

El residente deberá adquirir conocimientos y habilidades en relación con algunos problemas traumatológicos. Así: anamnesis y exploración de un paciente con un presunto traumatismo del aparato locomotor; Diagnóstico radiológico; Valoración del pronóstico de una fractura y complicaciones que puedan presentarse; Inmovilización de urgencia de las fracturas; reducción e inmovilización de las fracturas menos complejas y más frecuentes; Colocación de vendajes y enyesados de más frecuente utilización.

### **CIRUGÍA TORÁCICA (2-3 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 VASCULAR (2-3 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.

### **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.

### **NEUROCIRUGÍA (10 guardias)**

El residente deberá adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la anamnesis, exploración física y exámenes complementarios en el diagnóstico neuroquirúrgico. Particularmente se iniciará en la valoración y tratamiento básico de los traumatismos craneoencefálicos; aplicación de la escala de Glasgow; valoración de la hipertensión intracraneal, patología vascular cerebral y sus indicaciones quirúrgicas. Iniciación a la técnica neuroquirúrgica.

### **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.

### **ANEXO III AL PROGRAMA DE CGAD**

**Número mínimo de procedimientos que debe realizar un residente de CGAD en sus rotaciones por otras especialidades médicas, como Cirujano Asistente**

#### **UCI/Anestesia:**

Acceso venoso central: 10 (20).

Intubación orotraqueal: 10 (20).

#### **Endoscopia:**

Esofagogastroscofia: 5 (40).

Rectocolonoscofia 5: (40).

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: (5).

Endoscopia terapéutica (prótesis esofágicas, hemostasia de lesiones sangrantes, etc.): (5).

#### **Cirugía Torácica:**

Toracocentesis: 10.

Toracoscofia: 5 (10).

Resecciones pulmonares: (10).

Apertura y cierre de la cavidad torácica: 5 (15).

#### **Cirugía Vasculat:**

Safenectomías: 5 (10).

Embolectomía: (5).

Cirugía arterial directa: (10).

#### **Urología:**

Intervenciones sobre riñón, vejiga y próstata: (10).

#### **Cirugía Plástica:**

Plastias locales: 3 (10).

Reconstrucción mamaria: (5).

### **ANEXO IV AL PROGRAMA DE CGAD**

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 ulcerosa. Colectomía abierta. Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.

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.

### **ANEXO V AL PROGRAMA DE CGAD**

#### **Procedimientos y técnicas que el R1 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.  
Redactar un informe de alta.

### **ANEXO VI AL PROGRAMA DE CGAD**

#### **a) Número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente como cirujano al término de su residencia**

##### **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.

**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: 15.

**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).

**b) Número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente como ayudante al término de su residencia en cirugía de complejidad grado 5:**

Resecciones esofágicas: 5.  
Resecciones hepáticas mayores: 5.  
Extracción hepática: 3.  
Duodenopancreatectomías: 5.  
Trasplante hepático: 2.

**ANEXO VII AL PROGRAMA DE CGAD**

**NIVELES DE RESPONSABILIDAD QUE DEBE ASUMIR EL RESIDENTE EN SUS ACTIVIDADES**

	<b>SALA DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>	<b>ÁREA DE URGENCIAS (EXCEPTO CIRUGÍA)</b>	<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (COMO CIRUJANO)</b>
<b>R1</b>	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2-Grado* 1
<b>R2</b>	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 y 2
<b>R3</b>	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 a 3
<b>R4</b>	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 4
<b>R5</b>	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 5

\* El grado hace referencia a la complejidad de la cirugía.

**ANEXO VIII AL PROGRAMA DE CGAD**

**Esquema orientativo de los datos que deben figurar en el Libro del Residente**

El libro del residente debería recoger por año:

**I. En cuanto a la adquisición de conocimientos:**

Los Cursos y Seminarios a los que ha asistido, indicando el título oficial, lugar y fecha de celebración, duración y resultado de la evaluación, si la hubo. Asimismo, debe registrar las Sesiones Clínicas impartidas: se reflejará título, fecha de la misma, servicio y/o unidad en la que se presentó.

**II. En cuanto a la adquisición de habilidades:**

**1. Guardias:** Se detallará el número de guardias realizadas, dentro y fuera de la especialidad.

**2. Rotaciones por otros servicio, reflejando:**

- a. Servicio/Unidad. Hospital o Centro.
- b. Duración.
- c. Participación en sesiones.
- d. Guardias realizadas.
- e. Actividad quirúrgica: se recogerá:  
Intervención.  
Fecha.  
Actividad: Cirujano/ayudante.

**3. Actividad quirúrgica en el Servicio de CGAD. Deben constar los siguientes datos:**

- Nº de historia clínica.
- Fecha de la intervención.
- Diagnóstico preoperatorio.
- Tipo de anestesia.
- Localización.
- Intervención urgente o programada.
- Tipo de intervención.
- Cirujano o ayudante.

**4. Estancias y rotaciones en hospitales nacionales y extranjeros. Debe reflejarse:**

- a. Hospital en el que se realizó.
- b. Duración de la misma, fechas de la rotación.
- c. Proyecto y objetivos por y para los que se realiza.

**III. En cuanto a la formación investigadora y adquisición de actitudes:**

**1. Participación en Reuniones y Congresos:**

- Congresos Regionales: se reflejara el congreso del que se trata, fechas y lugar.
- Congresos Nacionales: se reflejara el congreso del que se trate, fecha y lugar.
- Congresos Internacionales: se reflejara el congreso del que se trate, fecha y lugar.

**2. Participación en mesas redondas:**

- Curso/Congreso/Reunión en la que se participó. Tema.

- 3. Docencia e investigación:** Participación en proyectos de investigación. Colaboración en la docencia a alumnos de tercer ciclo universitario (certificado por el profesor asociado responsable).

**4. Becas y ayudas obtenidas:** Organismo que la concede. Título del proyecto presentado, en su caso.

**5. Presentación de pósters, comunicaciones orales y vídeos. Deben señalarse:**

Título y autores.

Congreso/Reunión donde se presentó.

Año de publicación.

**6. Publicaciones:** se recogerán el título, la relación de autores y la revista o libro en que se publicó, incluyendo el año, páginas, etc.

**7. Participación en comisiones hospitalarias:**

a. Comisión a la que se perteneció.

b. Periodo de tiempo/duración.

### **3. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO**

#### **A. HISTORIA DEL SERVICIO**

Como bien decía el Dr. Theodore Billroth en el año de 1859 *“...Sólo aquellos que están familiarizados con el pasado, están capacitados para progresar en el futuro”*, es pues de rigor y justicia recordar a aquellos que nos precedieron y pusieron las bases de lo que hoy configura nuestro servicio.

La Clínica Puerta de Hierro (Centro de Especialidades Médico Quirúrgico) se creó por Orden Ministerial el 5 de Junio de 1964. Desde sus inicios fue clara la vocación docente de sus gestores pues en Agosto de 1964 se realizó la primera convocatoria pública para médicos residentes en un hospital de la Seguridad Social de España.

El Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo nace del proyecto de organización en varias Unidades del Departamento Quirúrgico fundado por el profesor **Dr. Diego Figuera Aymerich en 1964**. Gracias al esfuerzo y a la apuesta personal del Dr. Figuera, fue posible la creación de los distintos servicios de los que hoy componen nuestro hospital. Aunque su inicio fue la cirugía general (fue profesor adjunto en la cátedra del Dr. Martín Lagos en Madrid) pronto se decantó por la cirugía cardíaca y pulmonar, lo que le llevó a conocer y trabajar con personalidades de la talla del Dr. J. Kirklin (en la Clínica Mayo, creador de las primeras máquinas “corazón-pulmón”) o del mismo Dr. W. Lillehei (en Minneapolis, con los primeros “oxigenadores” caseros ) siendo el responsable del primer trasplante cardíaco de la Seguridad Social, el 29 de Septiembre de 1984, lo que convirtió a la clínica en centro de referencia nacional. El responsable inicial del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo fue el **Dr. José Luis Inchausti Teja** quien, apoyado por el Dr. Ardáiz, puso en marcha el diseño del servicio, permaneciendo al frente del mismo hasta el año 2004.

A pesar de la existencia de otros dos servicios de Cirugía en la propia clínica, Cirugía Digestiva a cargo del **Dr. Rojo** y posteriormente del **Dr. Rodríguez Álvarez**; y de Cirugía de Urgencias a cargo del **Dr. Ramos** y posteriormente el **Dr. Urioste Arana**, mantuvo una coordinación adecuada en el programa de docente de Formación de Residentes. La razonable unificación posterior de la Cirugía General y la Cirugía Digestiva en una única especialidad quirúrgica llamada Cirugía General y Aparato Digestivo fue debida a una actualización de la Ley de Especialidades Médicas, favoreciendo por tanto, la necesaria integración docente de los tres servicios. Esta integración no ya docente sino en un espacio común fue posible gracias al proyecto del **Dr. Colás Vicente**, jefe de

Servicio de Cirugía hasta el año 2011. En efecto, de tres servicios que actuaban por separado pasamos al servicio que hoy conocemos, dividido en Unidades Funcionales, en principio, independientes, pero con unas áreas comunes de la que participan todos los cirujanos. Este esquema ha permitido, sin duda, que cada Unidad desarrolle su potencial, como así ha ocurrido con la Cirugía laparoscópica. Durante este periodo, el Hospital, ubicado desde sus comienzos en la calle san Martín de Porres, en Madrid fue trasladado, en Septiembre de 2008 a Majadahonda con toda la logística que ello conllevó, Desde Enero de 2011, el Jefe de Servicio es el **Dr. Víctor Sánchez Turrión, Catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.**

Es de destacar que la Clínica Puerta de Hierro ha sido pionera en el campo del Trasplante Hepático. En efecto, el 24 de Marzo de 1986 se realizó el primer trasplante de este tipo, siendo el segundo programa de trasplante hepático de adultos en iniciar su actividad en España, y el primero de la Comunidad de Madrid. Este año 2011 hemos celebrado los 25 años de este comienzo.

Igualmente hemos ido desarrollando, progresivamente, la cirugía laparoscópica incorporándola en cada uno de los campos de actuación en la cirugía programada y de urgencias. Así, hoy en día, realizamos procedimientos laparoscópicos en el área esófago gástrica, obesidad, colo rectal, biliar, endocrino (suprarrenalectomía) pared abdominal, bazo, hígado y páncreas.

## **B. OBJETIVOS, ESTRUCTURA y RECURSOS FISICOS**

### **B.1. Objetivos del Servicio**

Se puede definir su contenido de acuerdo con el Consejo Nacional de Especialidades:

- 1.- Resolución de problemas quirúrgicos derivados de la patología abdominal, aparato digestivo, sistema endocrino, mama y partes blandas.
- 2.- Debe prestar especial atención a los fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía.
- 3.- Debe tener capacidad de coordinar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes politraumatizados y en los que concurren a urgencias.
- 4.- Adquirir la polivalencia para asumir la responsabilidad quirúrgica que le corresponde y las de coordinación, tanto en la vertiente asistencial como en la docente.

## **B.2. Unidades de Patología**

El Servicio está organizado en Unidades Funcionales de Patología, agrupadas en tres Secciones

- Cirugía de la mama. Cirugía Endocrina y Cirugía de la Obesidad
- Cirugía Esofagogástrica. Cirugía Hepatobiliopancreática, Trasplante hepático.
- Cirugía Colorrectal.

No obstante, hay un conjunto de procesos que constituyen el volumen más numeroso desde el punto de vista asistencial que tienen que ser atendidos de forma compartida entre las tres Secciones: patología herniaria y de la pared abdominal, coledocistitis simple, patología anal no complicada, sinus pilonidal.

## **B.3. Areas de trabajo del servicio**

### ***Área de hospitalización***

Actualmente existen 57 camas destinadas a los Servicios de Cirugía General y Digestiva, que pueden aumentar o disminuir en función del número de enfermos atendidos a través de Urgencias, situadas en los módulos E y F de la tercera planta de hospitalización.

*Independientemente del estudio realizado en Urgencias o en Atención Extrahospitalaria, a cada paciente le debéis realizar, a su llegada al servicio, una historia clínica con anamnesis y exploración física completa y detallada.*

La asistencia de los enfermos procedentes de Urgencias será asumida por todas las secciones en función de la distribución de los cirujanos de guardia. Los pacientes que han sido intervenidos de cualquier tipo de patología urgente serán controlados en la sección del cirujano responsable de la guardia. Sin embargo, los ingresados de urgencia que no requieran tratamiento quirúrgico urgente y estén diagnosticados de un proceso específico pasarán a ser controlados en la Sección que corresponde a la distribución por patologías.

Lógicamente hay una serie de procesos, aparte de los mencionados antes, que tienen que ser compartidos y son competencia del cirujano general de Guardia y de la Sección a la que está asignado. Lo mismo podemos decir de aquellos pacientes que ya han sido intervenidos con anterioridad por otro cirujano. Desde siempre, en este hospital los cirujanos se han responsabilizado de asumir las indicaciones y complicaciones quirúrgicas urgentes que han presentado sus enfermos, con independencia de que

estuvieran o no de guardia y siempre ha existido una actitud de colaboración y solidaridad para resolver determinados procesos específicos.

***Área de consultas externas***

Cada cirujano tiene al menos un día de Consulta a la semana y en ella asiste a los enfermos que estén bajo su responsabilidad directa. Los enfermos nuevos que no estén asignados a un cirujano concreto son distribuidos por Unidades de Patología entre todos los componentes de la plantilla.

**Cuando el paciente se atiende por primera vez en las consultas externas, se le debe historiar y explorar siguiendo exactamente las mismas normas que hemos señalado para los enfermos hospitalizados.**

**En el caso de los pacientes que acuden a revisión se dejará constancia detallada, en la hoja de evolución, de los cambios producidos en los problemas previos, de la presentación de otros, de las modificaciones producidas en la exploración física y en las pruebas complementarias que se realicen.**

***Área quirúrgica***

Módulo	Quirófano	Actividad
5	15	General
	16	
	17	
4	10	Urgencias
3	2	C. Menor

**Esta asignación de quirófanos puede variar según necesidades del Hospital**

***Área de Urgencias***

Los Cirujanos de plantilla y Residentes cubren turnos de 24 horas. Cada día el equipo de guardia consta de dos miembros de plantilla y dos residentes, con el apoyo de un médico de familia.

**B.4. Ubicación**

Nuestro servicio tiene la siguiente distribución física

1. Camas de hospitalización  
Planta 3, módulo E  
Planta 3, módulo F
2. Consultas externas. Planta 3 Módulo de Consultas  
1 despacho de secretaria  
6 despachos con área de curas
3. Quirófanos 2ª planta
4. Despacho Secretaria de planta: En el pasillo de la 3ª planta, en la zona de hospitalización, entre los módulos E y F

### **C. RECURSOS HUMANOS**

- 1 Jefe Servicio (Dr. Víctor Sánchez Turrión)
- 3 Jefes de Sección
- 16 Adjuntos
- 2 Tutores de Residentes
- 10 residentes (2 por año)
- 2 Secretarías (Hospitalización y Consulta Externas)

### **D. RECURSOS ASISTENCIALES y ORGANIZATIVOS (Unidades funcionales)**

#### ***Unidad de CIRUGIA ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO, HEPATO-BILIO-PANCREATICA, TRASPLANTE HEPATICO y PARED ABDOMINAL COMPLEJA***

- 1 Jefe de Sección (Dr. Manuel Jiménez Garrido)
- 6 Adjuntos

#### ***Unidad de CIRUGIA COLO RECTAL***

- 1 Jefe de Sección (Dr. Arsenio Sánchez Movilla)
- 5 Adjuntos

#### ***Unidad de CIRUGIA ENDOCRINO, OBESIDAD MORBIDA Y MAMA***

- 1 Jefe de Sección (Dr. José Ángel Rivera Bautista)
- 5 Adjuntos

### **E. RECURSOS DOCENTES y de INVESTIGACION**

#### **PREGRADO**

La actividad docente pregrado en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo se centra fundamentalmente en el segundo ciclo y es impartida en este momento por el Dr. Sánchez Turrión, Catedrático de Cirugía, y tres profesores Asociados del Departamento de Cirugía la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma (Dr. Jiménez Garrido, Dr. Rivera Bautista y Dr. Martínez Arrieta). El resto de staff tenemos la consideración de “Colaborador Clínico Docente”.

## **POSGRADO**

En el servicio realizamos varias sesiones semanales en las que la participación de los residentes es **obligada** (ver punto 7. Actividades docentes)

## **F. ACTIVIDAD DIARIA**

La actividad diaria del Servicio de Cirugía general y Aparato Digestivo comienza a las 08:15 hs de la mañana.

A esta hora nos reunimos TODOS LOS CIRUJANOS en sesión. En esta reunión los cirujanos que han estado de guardia nos comentan las incidencias de la misma, los pacientes intervenidos, los que permanecen en observación o los que están pendientes de pruebas. De esta manera el equipo que entra de guardia se debe dar por enterado y se pone en marcha.

Este “**pase de guardia**” lo hará, en principio, el residente MAYOR de la guardia y aportará los datos de Historia Clínica e imágenes necesarios para contar adecuadamente el o los casos más interesantes. El servicio dispone de ordenador con conexión a “Selene” y cañón de proyección.

También se informará de las incidencias de la planta, ingresos y exitus.

Igualmente es muy interesante comentar lo que se intervino el día anterior y lo que se intervendrá en el día de hoy.

A las 08:00 hs llevan a los pacientes a quirófano. Si ese día operas o ayudas en una intervención debes estar atento a la hora, pues el quirófano “no espera”.

Si no estás en quirófano, tras la sesión matinal, empezamos el “**pase de visita**”. Dado que somos tres unidades funcionales nos pondremos de acuerdo con Enfermería para comenzar.

En la visita, QUE PASAMOS TODOS LOS DIAS, incluidos festivos, vemos a los pacientes, los exploramos, observamos las gráficas, curamos, si es preciso, las heridas, hablamos con las familias y damos las altas que correspondan. Tras esto solicitaremos pruebas complementarias o iremos a hablar con los especialistas que necesitemos.

El sistema informático que utilizan los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid se llama “**SELENE**” y ha sido desarrollado por Fujitsu Siemens. Para acceder al sistema se te dará, por parte del hospital, una clave de entrada para poder hacer uso del mismo.

Sería deseable, aunque la experiencia nos dice que es difícil, “repasar” la planta al finalizar la mañana con el fin de recapitular y no olvidar ninguna prueba.

## **4. OBJETIVOS Y COMPETENCIAS**

### **A) OBJETIVOS DEFINIDOS**

Estos objetivos vienen definidos en el Programa Oficial de la Especialidad, recogido en el punto 2 “Definición de la Especialidad”.

### **B) OBJETIVOS ADAPTADOS: OBJETIVOS DOCENTES EN LAS DISTINTAS ROTACIONES**

Igualmente, muchos de estos objetivos están definidos en dicho Programa. No obstante, a continuación se desarrollan, y de forma general, los objetivos por Unidades y los de cada Rotación de Programa.

#### **b.1. OBJETIVOS GENERALES**

##### **PLANTA DE HOSPITALIZACION:**

- Historia clínica y exploración a su ingreso.
- Consentimiento informado.
- Pase de visita diario.
- Ordenes de medicación (diario).
- Curso evolutivo.
- Revisión resultados: laboratorio, interconsultas, etc.
- Revisión del preoperatorio junto al cirujano que opera.
- Elaboración del alta.

##### **POLICLINICA:**

- Realización de historia clínica y exploración en primeras.
- Valoración de la evolución en las revisiones.
- Curas, retiradas de drenajes biliares externos, etc.

##### **QUIROFANOS:**

- Actuación directa como ayudantes, 2º cirujano o 1er cirujano.
- Acudir a las otras intervenciones de la sección, cuando sea posible.
- Colaborar en la grabación de la intervención, exploraciones, etc.

##### **DOCENCIA:**

- Preparar con ayuda del cirujano responsable, las sesiones de la sección.
- Estudios de morbi-mortalidad.
- Participar en las sesiones conjuntas con radiología/oncología.
- Participar en la elaboración de: comunicaciones, publicaciones, vídeos, etc.

## **b.2. OBJETIVOS POR CADA UNIDAD DE CIRUGIA**

### **CIRUGIA COLO RECTAL**

#### **Objetivos docentes generales:**

1. Asistencia y conocimiento de todas las áreas de actuación de la Unidad: Hospitalización, consulta, urgencias, quirófano, UCSI y exploraciones específicas.
2. Conocimiento y estudio de las guías de práctica clínica y protocolos de la especialidad de cirugía colo rectal.
3. Participación activa en la actividad docente e investigadora de la Unidad.

#### **Objetivos docentes específicos:**

1. Hospitalización: El último año de formación el MIR debe tener capacidad para asumir todo el manejo de hospitalización del paciente colo-proctológico.
2. Consulta: El último año de formación el MIR debe tener capacidad para manejar en la consulta los problemas colo-proctológicos más comunes, tanto en la fase de estudio y evaluación preoperatoria como en las revisiones postoperatorias.
3. Quirófano: Se incluye cirugía urgente y programada, **DE ACUERDO AL NIVEL DE CAPACITACION Y RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE**

#### **a) MIR hasta 3<sup>er</sup> año:**

- Ayudante en patología mayor (oncológica y resecciones colo-rectales) al menos 10 intervenciones.
- Ayudante en proctología al menos 10 intervenciones.
- Cirujano tutelado en proctología (hemorroides, fisuras, fístulas simples, pilonidales) al menos 5 intervenciones.

#### **b) MIR > 3<sup>er</sup> año:**

- Cirujano tutelado en patología mayor (oncológica y resecciones colo-rectales) al menos 5 intervenciones. (Al menos 1 neo de recto)
- Ayudante en toda la patología colo-rectal al menos 10 intervenciones.
- Cirujano tutelado en proctología más compleja al menos 5 intervenciones.

### **CIRUGIA ENDOCRINO, OBESIDAD MORBIDA y MAMA.**

#### **Objetivos docentes generales:**

1. Asistencia y conocimiento de todas las áreas de actuación de la Unidad: Hospitalización, consulta, quirófano.
2. Conocimiento y estudio de las guías de práctica clínica y protocolos de la especialidad de cirugía endocrina, mama y obesidad mórbida.
3. Participación activa en la actividad docente e investigadora de la Unidad.

#### **Objetivos docentes específicos:**

1. Hospitalización: El último año de formación el MIR debe tener capacidad para asumir todo el manejo de hospitalización del paciente con patología quirúrgica endocrino metabólica.
2. Consulta: El último año de formación el MIR debe tener capacidad para manejar en la consulta los problemas endocrinos metabólicos más comunes, tanto en la fase de estudio y evaluación preoperatoria como en las revisiones postoperatorias.
3. Quirófano: Se incluye cirugía urgente y programada, **DE ACUERDO AL NIVEL DE CAPACITACION Y RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE**

#### **a) MIR hasta 3<sup>er</sup> año:**

- Ayudante en patología mayor (oncológica, suprarrenal, paratiroidea y de cirugía de la obesidad) al menos 20 intervenciones.

#### **b) MIR > 3<sup>er</sup> año:**

- Cirujano tutelado en patología mayor (oncológica, paratiroidea y suprarrenal) al menos 10 intervenciones. (Al menos 2 tiroidectomías totales)
- Ayudante en toda la patología endocrino metabólica al menos 20 intervenciones.

### **CIRUGIA ESOFAGO GASTRICA, HEPATO-BILIO-PANCREATICA, TRASPLANTE HEPATICO y PARED ABDOMINAL COMPLEJA**

#### **Objetivos docentes generales:**

1. Asistencia y conocimiento de todas las áreas de actuación de la Unidad: Hospitalización, consulta, quirófano.

2. Conocimiento y estudio de las guías de práctica clínica y protocolos de la especialidad de cirugía esofago gastrica y hepato bilio pancreatica y pared abdominal compleja.

3. Participación activa en la actividad docente e investigadora de la Unidad.

**Objetivos docentes específicos:**

1. Hospitalización: El último año de formación el MIR debe tener capacidad para asumir todo el manejo de hospitalización del paciente con patología quirúrgica esofago gastrica, hepatobilio pancreatica, así como los problemas medico quirúrgicos derivados del trasplante hepático.

2. Consulta: El último año de formación el MIR debe tener capacidad para manejar en la consulta los problemas de este área más comunes, tanto en la fase de estudio y evaluación preoperatoria como en las revisiones postoperatorias.

3. Quirófano: Se incluye cirugía urgente y programada, **DE ACUERDO AL NIVEL DE CAPACITACION Y RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE**

**b.3. OBJETIVOS ROTACIONES EN OTROS SERVICIOS**

Los descritos en el Programa de la Especialidad

## 5. ROTACIONES

A continuación encontrarás el cuadro de Rotaciones. Este cuadro es una fusión entre las recomendaciones del Comité de la Especialidad, las necesidades del Servicio y la estructura del Hospital. **No es una guía estricta de las rotaciones pues hay que ajustarlas a cada residente y a circunstancia del momento pero intentaremos, en la medida de lo posible, que se cumpla de la mejor manera.**

Se contemplan las siguientes rotaciones

### ROTACIONES DE PROGRAMA

*Rotaciones en nuestro Centro*

Cirugía Torácica

UCI

Radiodiagnóstico

Urología

*Rotaciones en otro Centro*

Cirugía Pediátrica: Hospital Niño Jesús

Cirugía Vascolar: Hospital Clínico San Carlos

### ROTACIONES FUERA DE PROGRAMA (ROTACION EXTERNA)

Estancia de formación en el extranjero: Se procurará que los R5 hagan un periodo de rotación de dos meses en el servicio de cirugía de un centro de reconocido prestigio internacional en el extranjero.

H: HEPATO BILIO C: COLO RECTAL E: ENDOCRINO

		My	J	JL	A	S	O	N	D	E	F	M	A	My
R5*		H	C	C	C	C	C	C	H	H	H	H	H	H
R5		E	H	H	H	H	H	H	C	C	C	C	C	C
R4*		C	E	E	E	E	E	E	UCI	C	C	C	H	H
R4		H	C	C	C	UCI	H	H	E	E	E	E	E	E
R3*		E	H	H	H	E	E	E	E	C	C	P	P	C
R3		C	E	E	E	C	C	C	C	P	P	H	H	H
R2*		E	URO	H	H	C	CT	CT	C	CV	CV	E	E	E
R2		C	E	E	E	H	CV	CV	H	URO	C	CT	CT	C
R1*		GRA L	C	C	C	RX	H	H	H	H	E	E	E	E
R1		GRA L	H	H	H	H	E	E	E	E	C	C	RX	C

CT: CIRUGIA TORACICA  
CV: CIRUGIA VASCULAR  
P: CIRUGIA PEDIATRICA  
UCI: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
RX: RADIODIAGNOSTICO  
URO: UROLOGIA

## 6. GUARDIAS

La plantilla de guardia de Cirugía General y Aparato Digestivo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda está formada por:

BUSCA Nº 19 (811540)	STAFF DE PLANTILLA
BUSCA Nº 20 (811584)	STAFF DE PLANTILLA
BUSCA Nº 21 (811565)	RESIDENTE DE CIRUGIA
BUSCA Nº 22 (811569)	RESIDENTE DE CIRUGIA
BUSCA Nº 23	RESIDENTE DE FAMILIA

Todo el personal de guardia de cirugía debe “coger el busca” a primera hora de la mañana (08:00 hs a diario, en fin de semana a las 10:00 hs los adjuntos y residentes) para “pasar la guardia” a los compañeros que entran.

Durante el periodo de guardia atendemos las demandas generadas desde la “puerta de urgencias”, el “cuarto de suturas” y en las plantas tanto de cirugía como de otras especialidades (cirugía plástica y urología cuando no hay residente de la especialidad).

En la guardia de cirugía participan, también, médicos de familia, que llevan el busca 23. Es obvio señalar que TODAS las llamadas al busca, tanto si es de urgencias como si es de la planta HAN DE SER ATENDIDAS A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE Y SIEMPRE POR EL RESIDENTE DE CIRUGIA. ***El teléfono sirve para comunicarnos pero NO para resolver situaciones.***

Es importantísimo que dejemos reflejada nuestra actuación en la historia clínica del paciente, el motivo de la llamada, la exploración física, las exploraciones solicitadas y el resultado de las mismas, así como las acciones terapéuticas realizadas. Recuerda que la historia clínica es un documento fundamental no sólo desde el punto de vista médico sino legal, en nuestro quehacer diario.

No nos cansaremos de repetir que ***MAS VALE PREGUNTAR A TUS RESIDENTES MAYORES Y ADJUNTOS QUE INICIAR UN PROCEDIMIENTO SIN EXPERIENCIA.***

## **7. ACTIVIDADES DOCENTES**

### **A. Programa de Formación Común Complementaria**

Además de las sesiones propias de cada servicio y, en algunos casos, de cada Unidad Funcional, el Hospital, a través de la Comisión de Docencia, complementa la actividad formativa de los Residentes a través de una serie de Sesiones Clínicas, de carácter OBLIGATORIO. Tiene información sobre esta cuestión en el documento en soporte digital que se entregó en el Acto de Acogida.

Estas sesiones incluyen:

\* Sesión Clínica General del Hospital

Día: Miércoles

Hora: 08:00

Lugar: Salón de Actos

\* Seminarios de la Comisión de Docencia

Hora: 15:30

Lugar: Aulas de Docencia, 1ª planta

\* Plan Transversal Común

Estas sesiones o seminarios tratarán de temas “transversales”, no necesariamente clínicos.

### **B. Sesiones específicas de nuestro Servicio**

#### **1. SESIÓN CLÍNICA DE RESIDENTES**

JUEVES

HORA: 15:30 hs

LUGAR: SALA REUNIONES RESIDENTES

TEMA: generalmente es un residente quien expone un tema al resto de residentes, con la presencia de los tutores y el jefe de servicio, aunque pueden participar otros adjuntos y residentes de otros servicios.

#### **2. SESION BIBLIOGRAFICA**

JUEVES /MARTES

HORA: 15:30

LUGAR: SALA REUNIONES RESIDENTES

TEMA: las revistas propias de nuestra especialidad se distribuyen entre los residentes y, al menos, 1 vez al mes, sustituimos la sesión de más arriba por bibliográfica.

#### **3. SESION GENERAL DEL SERVICIO DE CIRUGIA**

VIERNES

HORA: 08:15

LUGAR: AULA DE REUNION DEL SERVICIO

TEMAS: de nuestra especialidad, expuestos generalmente por cualquier miembro de la plantilla, incluidos los residentes. Ocasionalmente la última media hora se aprovecha para la presentación, al Servicio, de productos por parte de casas comerciales.

#### **4. SESIÓN TRASPLANTE HEPATICO: INCLUSION EN LISTA DE ESPERA**

MARTES

HORA: 08:30

LUGAR: SALA REUNIONES MEDICINA INTERNA

TEMAS: en esta sesión se presentan y discuten aquellos pacientes que pueden ser candidatos a ser trasplantados en nuestro Centro y ser incluidos en nuestra lista de espera.

#### **5. SESION CONJUNTA CON SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA-OBESIDAD**

JUEVES (cada 15 días)

HORA: 13:30

LUGAR: SALA REUNIONES ENDOCRINOLOGIA (3ª planta-consultas)

TEMAS: presentación y discusión de casos clínicos tanto por el servicio de endocrinología como por el de cirugía. Ocasionalmente invitación de especialistas en determinados campos.

#### **6. SESION TUMORES COLO RECTAL**

MARTES

HORA: 08:00

LUGAR: AULA DE RADIODIAGNOSTICO

TEMAS: presentación y discusión de casos clínicos tanto por el servicio de Cirugía como por el de oncología médica, oncología radioterápica, gastroenterología, anatomía patológica y radiodiagnóstico. Ocasionalmente invitación de especialistas en determinados campos.

#### **7. SESION COMITÉ DE MAMA**

JUEVES

HORA: 08:30

LUGAR: AULA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA (2ª planta-consultas)

TEMAS: presentación y discusión de casos clínicos tanto por el servicio de Cirugía como por el de ginecología, oncología médica, oncología radioterápica, anatomía patológica y radiodiagnóstico. Ocasionalmente invitación de especialistas en determinados campos.

#### **8. SESION COMITE TUMORES HBP-EED**

MIÉRCOLES

HORA: 14:00

LUGAR: AULA DE RADIOLOGIA (planta 1-Aula de Radiología)

TEMAS: presentación y discusión de casos clínicos tanto por el servicio de Cirugía como por el de Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Digestivo, Unidad de Trasplante Hepático, Anatomía Patológica y Radiodiagnóstico. Ocasionalmente invitación de especialistas en determinados campos.

### C. Otras actividades

A lo largo de los años de la residencia encontraréis un sin fin de cursos, congresos, reuniones, conferencias, etc. en tal número que es imposible abarcarlas todas.

Del conjunto de toda esta actividad de formación continuada hay unas citas que serán **obligatorias** durante tu formación.

No se pretende limitar la capacidad del residente para acudir a una u otra cita sino que intentamos que esté presente en las más interesantes para su formación general, sin excluir determinadas reuniones de carácter más especializado.

Pretendemos que acudas, no solo como mero espectador, sino como ponente de comunicaciones orales, póster, etc.

Dentro de esta formación continuada cobran especial protagonismo los cursos dirigidos desde la Comisión de Docencia del Hospital, desde nuestro servicio... algunos de los cuales pueden variar cada año, pero otros son FUNDAMENTALES Y DE CUMPLIDA OBLIGACION

De entre todos destacamos los siguientes:

Curso de **Urgencias** para nuevos residentes.

Será también de interés que asistas tanto a la **Reunión Nacional de Cirugía**, como al **Congreso Nacional de Cirugía** (que se alternan anualmente).

Por otra parte la Asociación Española de Cirujanos celebra **reuniones anuales de gran interés para Residentes**, donde se tratan temas de cirugía hepatobiliopancreática, colo-rectal o endocrino, y en los últimos tiempos cursos donde se hace hincapié en la cirugía laparoscópica.

De obligada asistencia será, sin duda, el curso de Hernia Inguinal impartido en el Hospital de Getafe. Dicho curso se ha consolidado como uno de los mejores, si no el mejor, sobre esta patología, con interesantes conferencias sobre las diferentes técnicas y cirugía en directo, además de un curso previo sobre la anatomía en cadáver de la región inguino crural.

Se te inscribirá asimismo, en el curso de Atención al Politraumatizado conocido como ATLS (Advanced Trauma Life Support) de gran interés a nivel internacional. Como la lista de espera para hacer este curso es enorme no te podemos asegurar la fecha en que lo harás.

A continuación tienes un *resumen – esquema aproximado* de los cursos, congresos y reuniones a los que asistirás durante estos años de formación. Aunque estos son los básicos procuraremos que intervengas en otros en relación con nuestra especialidad.

	<b>CURSO-CONGRESO-REUNION</b>	<b>PATROCINADO POR</b>
R1	Urgencias	S. de Urgencias
	Curso de laparoscopia básica	Asociación Esp Cirugía
	Cirugía básica para R1 de Medicina Familiar	Residentes S. Cirugía Gral
	Curso de Cirugía de la Hernia Inguinal	H. Getafe
R2	Congreso Nac. Cirugía Pared Abdominal	AECirujanos
R3	Curso de Proctología	AECirujanos
R4	Curso de Formación en Cirugía Endocrina Curso de Formación en Cirugía Endoscópica Curso de Formación en Cirugía Mama	A E Cirujanos
R5	Curso de Cirugía HBP y Trasplante para R5 Curso de Cirugía Esófago Gastrica	AECirujanos

## **8. TUTORÍA Y SUPERVISIÓN**

### **8.1. TUTORES**

En la actualidad hay 2 tutores de Residentes que se encargan de la organización y supervisión para llevar a cabo la formación de los médicos residentes, con la colaboración del resto de los facultativos.

Las entrevistas tutorizadas se realizarán en las fechas y lugares que se indique.

### **8.2. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN**

Serán de aplicación los protocolos de supervisión de Urgencias y el protocolo general de supervisión aprobado por la Comisión de Docencia.

## **9. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE**

Según el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativa, anual y final. Para ello, se constituirá un Comité de Evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el hospital. Dicho Comité se constituirá siguiendo las indicaciones del Servicio de Formación Sanitaria Especializada de la Consejería de Sanidad que cada año determinen.

Las evaluaciones anuales y finales se harán constar en las correspondientes actas del Comité de Evaluación. Los Comités de Evaluación estarán integrados, al menos:

- a) Por el Jefe de Estudios, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.
- b) Por el presidente de la Subcomisión que corresponda.
- c) Por el tutor del residente.
- d) Por un médico adjunto de la especialidad de que se trate con implicaciones en la docencia, designado por la Comisión de Docencia.
- e) Por uno de los vocales de la Comisión de Docencia designado por la Comunidad Autónoma.
- f) Por la secretaria de la Comisión de Docencia.

### **1. EVALUACIÓN FORMATIVA:**

La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia, ya que efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permitiendo evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.

Para la evaluación formativa se utilizarán las siguientes herramientas:

#### **1.1 Entrevistas periódicas:**

El tutor debe mantener entrevistas periódicas con cada uno de los residentes que tutoriza, de manera estructurada y pactada, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación, y sirvan para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación de medidas de mejora. Se aconseja la realización de un mínimo de 4 entrevistas por cada año formativo.

La Comisión de Docencia ha aprobado un formulario específico para la realización de la entrevista que debe ser cumplimentado por el Tutor como registro de que ha sido realizada.

Las entrevistas se registrarán en la memoria del residente y en los informes de evaluación formativa realizados por el Tutor.

Los objetivos de las entrevistas periódicas son:

1. Detectar problemas e incidencias generales o particulares de alguna rotación que puedan interferir en la formación del residente, y proponer soluciones.
2. Planificar con el residente los objetivos de las próximas rotaciones, para orientar su mejor aprovechamiento.
3. Planificar con el residente otros acontecimientos docentes (preparación de sesiones clínicas, asistencia a cursos, publicaciones, etc.) y valorar los ya acontecidos.
4. Valorar con el residente el aprovechamiento de la/s última/s rotación/es realizada/s, después de que haya reflexionado sobre el nivel de adquisición de competencias incluyéndolo en la Memoria del Residente, y ayudarle a identificar puntos fuertes y débiles, y sus necesidades particulares de formación.
5. Es de interés que las entrevistas tutorizadas se realicen antes de terminar la rotación en curso para tener margen de medidas correctoras. Estas medidas pueden justificar la entrevista del tutor del residente con el Jefe de la Unidad por la cual este rotando.
6. En dichas entrevistas se comprobará la cumplimentación de la Memoria del Residente, así como las hojas de evaluación de las rotaciones ya concluidas, y la realización de los Seminarios del Plan Transversal Común.
7. La duración de las entrevistas dependerá de las circunstancias, y necesidades específicas de cada especialidad y de cada residente para desarrollar correctamente sus objetivos.
8. El Informe de “Entrevista de Tutorización Continuada” será cumplimentado por residente, tutor o ambos. El residente puede llevarlo ya parcialmente relleno a la entrevista y completarlo según sus reflexiones compartidas con el tutor. El tutor puede también ir rellenando el informe durante el desarrollo de la entrevista.
9. Los informes de las entrevistas tutorizadas serán incluidos en el expediente de evaluación anual del residente.
10. La Comisión de Docencia se reserva el derecho de comprobar en cualquier momento del curso la realización de dichas entrevistas.

### **1.2. Memoria del residente (Libro del residente):**

Recoge la actividad del residente a lo largo del año de formación y una descripción resumida de las actividades asistenciales, docentes y de investigación en su propio servicio o en las unidades por las que haya rotado. Su objetivo fundamental es ser un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año

formativo, y ser un recurso de referencia en las evaluaciones anuales junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.

En dicho documento deben especificarse las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas, la cumplimentación de la asistencia a los Seminarios del Plan Transversal Común, así como las Sesiones clínicas y/o bibliográficas impartidas o recibidas, cursos y conferencias. Este documento contiene apartados donde puede referenciarse la participación en congresos, publicaciones, trabajos de investigación, Tesis Doctoral y cuantos meritos se consideren de interés.

### 1.3. Informe del Tutor:

El Informe del Tutor, de cumplimentación anual, será un compendio de los logros del residente durante este período y en el que se recogerán de manera resumida las actividades asistenciales, docentes y de investigación realizadas por el residente, así como una valoración global subjetiva y cuantos informes sobre el residente sean realizados por los Jefes de las Unidades por las que rote.

## 2. EVALUACIÓN ANUAL:

La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo.

Según establece la Resolución de 03 de julio de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se corrigen errores en la de 21 de marzo de 2018, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación, el Comité de evaluación decidirá la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro:

	Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
NEGATIVA	<3	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales.
	Entre 3 y <5	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales pero podría alcanzarlos con un periodo complementario de formación.
POSITIVA	Entre 5 y <6	Suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
	Entre 6 y <8	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
	Entre 8 y <9.5	Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
	Entre 9.5-10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

La calificación tendrá los siguientes efectos:

- **Positiva:** cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la calificación global anual del Residente sea mayor o igual que 5.
- **Negativa:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, bien porque la calificación global anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas que deberán especificarse atendiendo a los siguientes supuestos:

**A) NEGATIVA POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN<sup>1</sup>:**

Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar mediante la prórroga del contrato por un período máximo de 3 meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La prórroga anual del correspondiente contrato del siguiente curso de formación queda supeditada a la evaluación positiva del mencionado período de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.

<sup>1</sup> Modificado por Disposición final segunda del Real Decreto 589/2022, de 19 de julio..

**B) NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL** (suspensión de contrato u otras causas legales):

El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que necesariamente no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, previo informe de la Comisión de Docencia.

En aquellos supuestos en los que la **suspensión del contrato sea inferior al 25% de la jornada anual** y el Comité de Evaluación considere que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.

C) **NEGATIVA, NO SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN**, que puede ser:

- Por insuficiente aprendizaje/notoria falta de aprovechamiento
- Por reiteradas faltas de asistencia no justificadas

En ambos casos, el Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

**Los instrumentos para la evaluación anual del residente serán:**

- a) Informe de evaluación de las rotaciones internas del propio Servicio y de los Servicios por los que ha rotado dentro del Hospital.
- b) Informe de evaluación de las rotaciones externas (realizadas fuera del hospital).
- c) Informe de evaluación anual del Tutor: La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de los informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.
- d) Hoja de evaluación anual por el Comité de Evaluación: el Comité de Evaluación decidirá la calificación anual del Residente basándose en el Informe Anual del Tutor.
- e) Documento acreditativo de la realización de al menos 4 entrevistas tutorizadas firmado por tutor y residente.
- f) El Plan Individual de Formación del Residente, donde se recogen los objetivos docentes a alcanzar y las actividades que debe realizar durante el año correspondiente, adaptado por el Tutor de cada especialidad a las necesidades formativas específicas de cada Residente.
- g) Memoria del Residente elaborada por éste y supervisada por el Tutor (documento propio del Hospital que sustituye al Libro del Residente).
- h) Encuesta de satisfacción del residente (aunque no forma parte de la evaluación, se exige su presentación para los planes de mejora continuada)

### 3. EVALUACIÓN FINAL:

La evaluación final tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista.

Se realizará a los residentes tras la evaluación del último año de residencia y se llevará a cabo por el Comité de Evaluación de la especialidad que en cada caso corresponda.

El Comité de Evaluación decidirá la calificación final el Residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizarán los siguientes criterios:

Duración de la especialidad	Año de formación	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1	40%
	R2	60%
3 años	R1	20%
	R2	30%
	R3	50%
4 años	R1	10%
	R2	20%
	R3	30%
	R4	40%
5 años	R1	8%
	R2	12%
	R3	20%
	R4	25%
	R5	35%

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

- **POSITIVA:** cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.
- **POSITIVA DESTACADO:** cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.

- **NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que pueda obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado. Cuando la evaluación final del periodo de residencia sea negativa, la Comisión Nacional de la correspondiente especialidad procederá a la realización de una prueba a los residentes que lo hayan solicitado, para la revisión de dicha calificación. La prueba deberá realizarse en los 30 días siguientes a la comunicación de las solicitudes de revisión a la Comisión Nacional de la especialidad por el Registro de Especialistas en Formación. La prueba se diseñará con sujeción a los criterios de evaluación que establezca la Comisión Nacional de la especialidad de que se trate y tendrá como finalidad verificar si el residente ha adquirido el nivel suficiente de conocimientos, habilidades y actitudes para considerar que ha cumplido los objetivos del programa formativo. La evaluación final positiva o negativa, en este último caso, motivada, se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros y se notificará a los interesados. Si se mantuviera la evaluación negativa, el interesado tendrá derecho a realizar una prueba extraordinaria ante la misma Comisión, entre los seis meses como mínimo y un año como máximo, a contar desde la prueba anterior. La Comisión estará obligada a notificar al interesado la fecha de esta prueba extraordinaria con un mes de antelación. La calificación de la prueba extraordinaria se decidirá también por mayoría absoluta y será definitiva. La calificación final obtenida tras seguirse el mencionado procedimiento será definitiva y se anotará en el Registro Nacional de Especialistas en Formación con los efectos previstos para las evaluaciones finales respecto a la concesión del título de especialista.

La evaluación final positiva del período de residencia dará derecho a la obtención del título oficial de especialista, por lo que, una vez notificada al Registro Nacional de Especialistas en Formación, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social procederá a su traslado al Ministerio de Educación y Ciencia junto con la documentación necesaria para que se dicten las órdenes de concesión de los títulos de especialista.

Simultáneamente a la solicitud del citado título, el Registro Nacional de Especialistas en Formación expedirá un certificado acreditativo del cumplimiento del periodo formativo por el sistema de residencia, de las fechas de inicio y finalización de dicho período, y del centro o unidad donde se ha realizado.

**Publicación de las evaluaciones:**

La Comisión de Docencia insertará en el tablón de anuncios una notificación firmada por su presidente, para que en el plazo de 10 días puedan consultarse en la secretaría de Comisión de Docencia las calificaciones obtenidas en las evaluaciones anuales y finales. Dicha notificación se enviará también por correo electrónico a Tutores y Residentes para su conocimiento.

A partir de la fecha de dicha comunicación se iniciará el cómputo del plazo para solicitar su revisión.