

PROYECTO DOCENTE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO



TUTORÍA DE RESIDENTES

Dra. M.^a del Coral de la Vega Olías
Facultativo Especialista de Área
Cirugía General y del Aparato Digestivo
Hospital Universitario de Puerto Real
Junio 2024

CONVOCATORIA DE TUTOR DE RESIDENTES DE CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

DENOMINACION OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD (REAL DECRETO 183/2008)

Y REQUISITOS:

Cirugía General y del Aparato Digestivo

Duración: 5 años

Licenciatura previa: Medicina

INTRODUCCIÓN

El programa hasta ahora en vigor para la formación de especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, fue redactado por la Comisión Nacional de la especialidad, fruto de la fusión de dos comisiones previas, la de Cirugía General y la de Cirugía del Aparato Digestivo. Aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, con fecha de 15 de julio de 1986, definía ya el ámbito de esta especialidad, subrayando su propia identidad, frente a otras especialidades quirúrgicas. Posteriormente, se han efectuado modificaciones que fueron aprobadas por la mencionada Secretaría de Estado con fecha 25 de abril de 1996. Varios hechos hacen necesaria en la actualidad una revisión de determinados aspectos del programa.

En primer lugar, el espectro epidemiológico del que se venía ocupando la Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD), se ha modificado ampliamente, 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, obstrucción de la vía biliar por cálculos,) y ampliándose en otras (trasplante de órganos, cirugía de la obesidad mórbida.).

El desarrollo 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 específica dentro del contexto de la CGAD: Cirugía Esófago-Gástrica, Cirugía Colorrectal, Cirugía Endocrina y de la Mama y Cirugía Hepatobiliopancreática y Cirugía de la pared abdominal. En estas áreas, el cirujano, ante determinadas patologías forma parte de un equipo multidisciplinario trabajando en estrecho contacto con otros especialistas no quirúrgicos (gastroenterólogos, endocrinólogos, radiólogos, patólogos, etc....)

En tercer lugar, hemos 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. En este campo la cirugía mínimamente invasiva se ha posicionado como la vía de abordaje en casi toda la patología que abarca nuestra especialidad

Por último, es imprescindible que el futuro especialista en CGAD se forme en:

- a) Metodología de la investigación clínica
- b) Gestión clínica, en una era de recursos limitados
- c) Conocimiento de herramientas que influyen directamente sobre la calidad de la asistencia, como la cirugía mayor ambulatoria (CMA) ó de corta estancia (CE)
- d) Bioética, lo que le ayudará a enfrentarse con la progresiva judicialización de la asistencia médica



CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO SANITARIO

El Hospital Universitario Puerto Real es un centro sanitario situado en el municipio de Puerto Real (Cádiz) e integrado en el Servicio Andaluz de Salud (organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) y por ello partícipe del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Además, cuenta con una zona de docencia dependiente de la Universidad de Cádiz para la formación de estudiantes de Medicina, Enfermería, Fisioterapia y otras ramas técnicas sanitarias.

Se encuentra integrado dentro del Distrito sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, atendiendo a las siguientes poblaciones:

El Puerto de Santa María: 10 Km.
Rota: 44 Km.

Puerto Real: 1 km
Chiclana de la Frontera: 11 km
Conil de la Frontera: 30 km
Vejer de la Frontera: 43 km
Barbate: 50 km
Medina Sidonia: 29 km
Benalup-Casas Viejas: 46 km
Alcalá de los Gazules: 46 km
Paterna de Rivera: 36 km

En total más de 300.000 habitantes censados; cantidad que se triplica en periodos vacacionales, para un territorio de 2.100 km².

El Hospital ofrece una cartera de servicios muy amplia, sustentadas distintas áreas:

Área Médica:

UGC Rehabilitación y Medicina Física
Servicio de Medicina Interna:
Sección de Digestivo
Sección de Endocrinología y Nutrición
Sección de Neurología
Sección de Neumología
Unidad de Oncología
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Sección de Cardiología
Sección de Nefrología

Área Quirúrgica:

Servicio de Anestesiología y Reanimación
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo
Sección de Dermatología
Servicio de Obstetricia-Ginecología
Servicio de Otorrinolaringología
Servicio de Oftalmología
Servicio de Traumatología y Ortopedia
Servicio de Urología

Área Materno-Infantil:

Servicio de Maternidad
Servicio de Pediatría y Neonatología.

Área de Servicios Centrales:

Servicio de Documentación e Información Sanitaria.
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias:

Sección de Urgencias.
Servicio de Farmacología Clínica.
Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Servicio de Laboratorios:
Servicio de Bioquímica.
Sección de Hematología y Banco de Sangre.
Sección de Microbiología y Parasitología.
Sección de Anatomía Patológica
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública
Sección de Nutrición Clínica, Bromatología y Dietética
Servicio de Radiodiagnóstico

Unidad Clínica de Salud Mental

Para adultos (mayores de 18 años):
Equipos de Salud Mental (ESM):
ESM de Chiclana de la Frontera
ESM de Vejer de la Frontera
ESM de El Puerto de Santa María

Unidad de Rehabilitación de Área (URA):
URA de El Puerto de Santa María
Comunidad Terapéutica:

Unidad de Hospitalización de Agudos:
Hospital Universitario Puerto Real

Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) (menores de 18 años)

Consulta de Salud Mental Infantil:
Consulta de USMI Cádiz
Hospital de Día Infanto-juvenil:
Hospital Universitario Puerto Real
Unidad de Hospitalización de Agudos:
Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Puerto Real

Cuenta con dos centros periféricos adscritos:

Centro de Especialidades Periférico (CEP) de El Puerto de Santa María, denominado tradicionalmente Virgen del Carmen

Centro de Especialidades Periférico (CEP) de Chiclana de la Frontera, antiguamente recibió el nombre de «La Longuera».

Así mismo desde el año 2023 el centro de alta resolución de la Janda depende de nuestro Hospital

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO:

Personal:

Dr. Vicente Vega Ruiz (jefe de la UCG)
Dr. Antonio Calvo Durán (jefe de sección)

FEAS:

Dra. M^a del Coral de la Vega Olías
Dr Manuel Balbuena García
Dr Diego Bernal Moreno
Dr Javier Alvarez Medialdea
Dr Joshua Falkenheiner Soria
Dra Carmen Pérez Alberca
Dr Iosvani Rivero
Dra Ana Díez Nuñez
Dra María Isabel Marín Herrero
Dra Sandra Dios Barbeito
Dra Sandra Yagüe Adán
Dra Marta Domínguez Segovia
Dr Javier Campos Martínez
Dr Javier Varela Recio
Dr. Aurelio Navas Cuellar
Dra Alicia Hendelmeier

Residentes:

R5 Carmen Mestre Ponce
R4 Carmen Murube Algarra
R3 Laura Martínez Ruíz
R2 Raquel Noriega Mel
R1 Araceli Callejo Piosa

Estructura física

Área de Hospitalización:

- 2º Planta del HUPR

Área Quirófanos

Planta baja del HUPR, quirófanos 3 y 4.
Hospital de día quirúrgico (CMA)

Área de Consultas:

- 2 consultas diarias en el área de consultas externas
 - 1 consulta de CCR semanal (Consulta de acto único, 2º planta)
 - 1 consulta de coloproctología semanal
 - 1 consulta quincenal de colelitiasis /colecistitis
 - 1 consulta quincenal de pie diabético (Consulta de acto único, 2º planta)
 - 1 consulta quincenal de esófago gástrica (Consulta de acto único, 2º planta)
 - 1 consulta quincenal de hepatobiliopancreática (Consulta de acto único, 2º planta)
 - 1 consulta quincenal de patología endocrina
 - 1 consulta mensual de pared abdominal
 - 1 consulta semanal de estomatología (Consulta de acto único, 2º planta)
- 2 consultas semanales de curas (Consulta de acto único, 2º planta)

PROYECTO DE ADAPTACION DEL PROGRAMA DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y ROTACIONES A REALIZAR POR EL RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD A LA QUE SE PRESENTA.

1.1.- DEFINICION DE LA ESPECIALIDAD Y SUS COMPETENCIAS

La definición de la especialidad debe abarcar tres vertientes o niveles de complejidad.

El primero se corresponde con su ámbito primario de actuación. El especialista en CGAD tiene todas las competencias sobre la patología quirúrgica, electiva y urgente, del aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de la cabeza y cuello.

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.

Nos referimos a problemas urgentes de las especialidades Cirugía Vascular, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica y Cirugía Plástica, en los que el cirujano general debe poseer la competencia necesaria y asumir la responsabilidad de dicha asistencia, antes de su traslado, si es necesario y en las condiciones adecuadas, al hospital de nivel superior en el que las citadas especialidades estén disponibles.

El tercer nivel de la especialidad se relaciona con la primordial atención que presta a los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía. La profundización en estos principios básicos la dota 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, como lo demuestra el hecho de que los residentes de estas especialidades deban 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 ó quirúrgica, con sus desviaciones que incluyen los fracasos uni ó 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.

1.2.- OBJETIVOS GENERALES DE LA FORMACION

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, en relación con el hospital donde vayan a ejercer su función.

En un hospital comarcal ó 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, queda liberado de esta responsabilidad, ejerciendo exclusivamente como cirujano especialista de aparato digestivo, endocrino y mama.

El segundo objetivo es iniciar la formación complementaria en alguna de las áreas de capacitación o de especial interés, de acuerdo con 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.

El tercer objetivo, fundamental, 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 avances y nuevas tecnologías, en el marco de su formación continuada. Y también para que tome conciencia de que, desde su puesto de trabajo, sea el que fuere, puede contribuir al progreso de la Ciencia Médica.

1.3.- PROGRAMA TEORICO Y PRÁCTICO PARA LA FORMACION DE RESIDENTES EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO.

Un programa para la formación de residentes en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo exige la aplicación de las metodologías didácticas apropiadas en un Servicio hospitalario que cumpla con todas las condiciones exigidas para la acreditación de esta especialidad, con el fin de que el residente adquiera los conocimientos, destreza y actitudes que le permitan alcanzar, buscando siempre la excelencia, los objetivos asistenciales, docentes y de investigación que le correspondan con esta especialidad quirúrgica.

Tres vertientes se deben distinguir en este programa: la asistencial (clínica y operatoria), la de la formación teórica o didáctica, relacionada con su práctica, y la investigadora.

1.3.1.- FORMACION ASISTENCIAL

Las actividades asistenciales clínicas y quirúrgicas conforman el núcleo más complejo de la formación y pueden resumirse fundamentalmente en una actuación en la sala de hospitalización, en los quirófanos programados, en las consultas externas, y en urgencias.

a) Actuación en sala de hospitalización.

Las actividades que incluye serían básicamente las siguientes: visita médica, información a familiares y realización de informes evolutivos y de alta. Así como atender en primera instancia los partes interconsulta realizados por otros especialistas, supervisados siempre por un responsable del Staff

En las salas, el residente, acompañado por un facultativo y por el enfermero responsable del paciente, efectuará la visita médica. Los pasos para 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 poniendo especial interés en la conciliación de la medicación. Posteriormente, contribuirá a la información a familiares. Por último, en su caso, formalizará en el programa informático Diraya los informes evolutivos y de alta, que deben incluir: resumen de la historia clínica, expresando claramente los antecedentes personales, medicación que porta el usuario, el

diagnóstico principal, los procedimientos quirúrgicos, la existencia de comorbilidad o de complicaciones, las recomendaciones al alta y la citación en consultas externas para la revisión postoperatoria.

b) Actuación en quirófanos programados.

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 realizará la hoja de tratamiento postoperatorio, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos y/ o cultivos y la información a familiares.

El ANEXO I muestra un baremo orientativo para valorar el grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas.

El número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente de CGAD, como cirujano, al término de su residencia, se muestra en el ANEXO II

c) Actuación 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.

Cumplimentará los documentos de inclusión en lista de espera quirúrgica y el consentimiento informado específico prestando especial interés en que el paciente entienda el acto quirúrgico, sus posibles complicaciones y las alternativas médicas o quirúrgicas si estas existieran.

En caso de no precisar actuación quirúrgica cumplimentará el informe de alta y cerrará el episodio quirúrgico en el programa Diraya

d) Actuación en urgencias.

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.

El número de días de guardias anuales oscilará entre 60-66, y serán registradas en el libro del residente.

Las guardias de residentes serán organizadas por el R5 (jefe de residentes) mensualmente, serán equitativas con respecto a los grupos de guardias de los adjuntos, cubriéndose los fines de semana y aquellas fechas que se prevean de alta frecuentación. Serán enviadas al jefe del servicio y al tutor de residentes para su supervisión con 10 días de antelación al mes en curso.

ROTACIONES

Deben contemplarse dos tipos de rotaciones: las que se realizan en otras especialidades (rotaciones externas a la especialidad), 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 específicas (rotaciones internas), que también pueden llevarse a cabo en el mismo servicio o en otros hospitales.

Con el fin de no mantener al residente alejado del servicio durante un año, las rotaciones se efectuarán a lo largo de los cuatro primeros años de forma discontinua. Conviene contemplar, a modo de ampliación de estudios, una rotación de 1-2 meses realizada en el último año 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 específica.

En el ANEXO III se especifican los objetivos a alcanzar en cada una de las rotaciones. El calendario y los contenidos de las rotaciones externas aparecen en el ANEXO IV y en el ANEXO V, el número mínimo de procedimientos que debe realizar un residente de CGAD en sus rotaciones externas.

En el libro del residente quedarán registrados los periodos de tiempo rotacional externo, las intervenciones quirúrgicas realizadas como primer cirujano (con indicación de su grado de complejidad y nivel de responsabilidad) y, en su caso, las guardias y la actividad científica. Las rotaciones externas deberán ser visadas por los tutores de las diferentes unidades docentes.

1.3.2.- FORMACION TEORICA

El especialista en formación en CGAD debe adquirir los conocimientos adecuados y actualizados del programa de la especialidad, cuyos contenidos se muestran en el

ANEXO VI de este programa. Al final de la residencia debería estar en condiciones de superar una evaluación de estos 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.

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 aconsejan que tales cursos incluyan actualizaciones y perfeccionamientos en: Iniciación práctica en Cirugía Endoscópica, Formas de producción científica en Cirugía General, Cirugía Mayor Ambulatoria, 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, y Obesidad Mórbida.

Deben tener preferencia las actividades que incluyan procedimiento de evaluación y aquellos cursos o seminarios garantizados por la Comisión Nacional de la Especialidad en convenio con la Asociación Española de Cirujanos o sus sociedades filiales o relacionadas, siguiendo el itinerario formativo sugerido por la Asociación española de Cirujanos (AEC)

En el ANEXO IV figura un calendario modelo, por años, para la realización de estos cursos. Los detalles sobre el seguimiento y evaluaciones de estos cursos y seminarios figurarán en el libro del residente, debidamente visados por el tutor.

1.3.2.1.- SESIONES DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO CON ESPECIAL RELEVANCIA EN LA FORMACION DE LOS RESIDENTES

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, considerándose necesarias las siguientes:

Sesión Matinal:

Actividad diaria, 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 en el pase de planta de los pacientes hospitalizados. Esta actividad debe ser efectuada por el especialista en formación que ha estado de guardia. y en su defecto el adjunto más joven de la pareja de guardia Se inicia a las 8:05 h y su duración será de 15-30 minutos. Se realizará en la sala de reuniones de la Unidad.

Sesión Casos clínicos preoperatorios.

Durante esta actividad, semanal, se exponen Los casos complejos que se van a intervenir y se encuentran programados, o aquellos casos que precisan la decisión conjunta del servicio para su planteamiento, procedan de la propia unidad (consultas externas) o de otros servicios. Serán presentados por el Residente del año correspondiente en función de su nivel de complejidad. Siempre supervisado por un adjunto. La presentación será en Power point con resumen de historia clínica, pruebas complementarias, imágenes radiológicas y opciones terapéuticas. Se llevarán a cabo los viernes de 8:30 a 10 h en la sala de reuniones de la Unidad.

Sesión científica.

En esta actividad, semanal se realizará los martes a las 8:00h en la sala de reuniones del Servicio, el residente realizará la actualización de un tema controvertido, sea por un caso clínico del propio servicio o por lo novedoso del mismo, así como técnicas quirúrgicas que se realicen en las unidades donde realizan sus rotaciones. El calendario de las sesiones se confeccionará conjuntamente por el jefe de residentes, el tutor y el jefe del Servicio. Se plantearán mensualmente, supervisadas por un adjunto referente y serán acreditadas.

Sesión de morbilidad y mortalidad.

Actividad, mensual, en la que debe realizarse un análisis de la morbilidad, complicaciones y mortalidad del servicio. Será presentada por el residente correspondiente en función del nivel de complejidad del caso y supervisada por el adjunto responsable del caso. Se realizará el viernes en la sesión clínica del servicio

Sesión bibliográfica.

El objetivo 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. Serán acreditadas por el adjunto responsable de la misma. Su periodicidad será mensual. Y se presentará el viernes en la sesión clínica hospitalaria

En el ANEXO VI se especifican el plan de las sesiones clínicas adaptadas al Hospital Universitario de Puerto Real

1.3.3.- FORMACION INVESTIGADORA

Conocer y adquirir experiencia en la metodología y en la praxis de la investigación, tanto experimental como clínica, es una faceta muy importante en la formación de un cirujano, sobre todo porque contribuye al desarrollo en el residente de un pensamiento crítico. La formación en metodología científica exige la planificación de seminarios de acuerdo con un programa mínimo.

Es muy recomendable que el residente, en sus dos últimos años de formación, se integre en un equipo de investigación del servicio que esté desarrollando un programa concreto, clínico o experimental.

Se intentará fomentar la realización de los cursos de doctorado y la realización y lectura de la tesis doctoral durante el desarrollo del periodo formativo

1.3.4. PROGRAMA ORIENTATIVO PARA LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE EN LOS PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN EN CIRUGÍA.

Existen una serie de fundamentos básicos para el aprendizaje en investigación del residente, orientados hacia su formación específica como cirujano, que podrían ser resumidos tal como a continuación se mencionan.

Papel de la metodología científica en la formación del cirujano: aprender a desarrollar una actitud crítica y científica, y a analizar la creciente información disponible.

Proceso de la investigación científica: “de la idea a los resultados”: canalizar el desarrollo de una idea hacia la obtención de unos resultados, considerando una hipótesis de trabajo, material y métodos, discusión y resultados, junto con la revisión sistemática de los trabajos previos, análisis primario, secundario, metaanálisis, análisis estadístico de los resultados, y utilización de paquetes informáticos.

Desarrollo de un estudio clínico: “del problema clínico al diseño del proyecto de investigación”. Modelos de estudios clínicos.

Desarrollo de una investigación con modelos de cirugía experimental, incluyendo la elección del animal de experimentación, el diseño y desarrollo del modelo.

Preparación y presentación de un proyecto de investigación financiado: definir con claridad y simplicidad los objetivos. Análisis de la literatura, marcando las diferencias entre los objetivos propuestos y los hallados en la literatura. Diseño del proyecto de investigación. Descripción de las necesidades instrumentales específicas. Valoración del presupuesto económico.

Comunicación de los resultados de un trabajo de investigación: elección de la revista y/o reunión científica. Preparación del trabajo. Preparación de un resumen para reunión o congreso. Utilización de métodos audiovisuales.

Ética e investigación: problemas éticos y legales de la experimentación animal. Problemas éticos de los estudios clínicos.

Al final del periodo de aprendizaje, el especialista en formación debe haber adquirido una mentalidad crítica, conocer la metodología de la investigación, estar capacitado para la formación continuada y estar en condiciones de redactar una nota clínica, presentar una comunicación a un congreso y valorar con sentido crítico una publicación científica.

Los conocimientos adquiridos de metodología de la investigación, 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.

1.4. SEGUIMIENTO Y ASIGNACION DE NIVELES DE RESPONSABILIDAD DE LOS RESIDENTES.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, establece un sistema de aprendizaje de tipo residencial que consiste en realizar un periodo de 5 años de dedicación intensa, para la adquisición de la especialidad de un modo competente y responsable. Este objetivo institucional traduce la importancia que tiene la formación adecuada de especialistas desde el punto de vista sociosanitario y refleja la gran responsabilidad de los centros destinados a este fin.

De acuerdo con la Comisión Nacional de la Especialidad el primer objetivo del programa de formación debe ser conseguir el óptimo nivel de conocimientos y el entrenamiento necesario para cumplir con sus funciones, dentro del campo que corresponde a la Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el ámbito de un hospital comarcal, solucionando problemas quirúrgicos electivos adecuados a su medio, así como los problemas quirúrgicos urgentes.

El segundo objetivo del programa es, en su caso, iniciar la formación complementaria en alguna de las áreas de especial interés, de acuerdo con los intereses personales, las circunstancias de cada residente y del hospital.

De forma más específica, los objetivos educativos que debe alcanzar el MIR en Cirugía General y del Aparato Digestivo al término de su formación son:

- Poseer conocimientos teóricos amplios y profundos de la especialidad.
- Conocer y tener experiencia de las enfermedades y de los métodos diagnósticos propios de la especialidad, para llegar a un juicio clínico adecuado.
- Conocer y practicar las exploraciones instrumentales quirúrgicas.
- Manejar fácilmente los criterios de valoración preoperatorio.
- Dominar las indicaciones quirúrgicas.
- Conocer y realizar las técnicas operatorias habituales.
- Conocer y realizar correctamente la reanimación y control postoperatorio.
- Conocer las complicaciones pre y postoperatorias, prevenirlas y tratarlas correctamente.
- Adquirir los conocimientos necesarios para la realización de trabajos científicos (clínicos y de investigación) y ser capaz de aplicar en ellos los principios estadísticos básicos.
- Adquirir capacidad para la formación continuada.
- Adquirir cualidades y actitudes humanas y profesionales, imprescindibles para la relación con el enfermo y con los demás profesionales.

La consecución de estos objetivos, que establecen el elevado nivel de calidad de formación alcanzado al final del periodo de residencia en las tres vertientes de desarrollo: asistencial, docente e investigadora, dependerá no sólo de la calidad estructural del centro y del servicio, sino de la existencia de un sistema de organización adecuado para la integración del residente y de las propias cualidades intrínsecas de MIR, como son la vocación y la capacidad de integración, dedicación, estudio, sacrificio y habilidad técnica.

Durante todo el periodo de formación el residente será entrenado, con responsabilidad progresivamente creciente y control tutorial decreciente.

Durante el primer año el residente será tutorizado en todo momento por los residentes de años superiores, el tutor y los adjuntos responsables de la actividad a realizar y dicha tutorización irá decreciendo en función de la adquisición de conocimientos y habilidades del residente hasta alcanzar en el tercer trimestre del 5º año la responsabilidad de un miembro del Staff tanto en indicaciones como en la realización técnica de la intervención quirúrgica

Área de Hospitalización

Tras instrucción del residente en el manejo del programa Diraya

Historia clínica y exploración al ingreso.

Consentimiento informado.

Pase diario de los pacientes hospitalizados.

Órdenes de medicación.

Curso evolutivo (control pre y postoperatorio).

Revisión de resultados (pruebas diagnósticas).

Elaboración del informe de alta, junto con el médico adjunto responsable.

Consultas Externas

Bajo tutela directa, valoración de los pacientes que acuden por primera vez y revisión de los pacientes intervenidos.

Quirófanos

Actuación directa como segundo, primer ayudante, o cirujano de forma gradual según el año en que se encuentre de la formación. La Comisión Nacional de la Especialidad divide los procedimientos quirúrgicos en grados de complejidad. Esta valoración se hace mediante la comparación de la operación realizada con la intervención tomada como prototipo y es solamente aproximada, ya que su complejidad dependerá, además, de otras variables (ANEXO I).

1.4.1. CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

La evaluación de la formación de los residentes es un hecho necesario. Con relación a los objetivos de formación, la evaluación continua orienta al residente y a los responsables del programa docente sobre la necesidad de establecer posibles mecanismos correctores acerca de las desviaciones observadas. Así mismo, la

evaluación permite acreditar la actividad realizada y contribuye a valorar de forma global el programa de residencia.

Por otra parte, los responsables del programa deben observar y documentar periódicamente el grado de competencia clínico-quirúrgica, la formación docente e investigadora, así como las actitudes humanas y profesionales del residente.

Los elementos y factores necesarios para la valoración de esta formación en la especialidad son:

Valoración de la formación asistencial

La constatación de la competencia se establecerá a través de la observación de la conducta y actividad en las siguientes áreas:

Pase de visita en la sala de hospitalización.

Consultas Externas: seguimiento de los casos y criterio quirúrgico.

Quirófanos: habilidades técnicas desarrolladas, tipo y número de intervenciones como cirujano y asistente.

Presentación de casos clínicos y discusión de problemas en la sesión clínica del servicio.

Actividad en urgencias.

Auditoría de historias clínicas e informes de epicrisis.

Participación en los protocolos del servicio y de las distintas secciones.

Actividad desarrollada en las rotaciones externas.

Valoración de la formación docente, teórica e investigadora.

Asistencia y participación en las sesiones científicas y cursos del servicio

Competencia investigadora valorada a través de la realización de comunicaciones, publicaciones y Tesis Doctoral.

Valoración de las actitudes humanas y profesionales.

De la convivencia diaria y dedicación a los residentes, así como del intercambio de opiniones con el resto de los integrantes del servicio, los responsables del programa de formación realizan el seguimiento de los progresos realizados por el residente sobre actitudes como el grado de responsabilidad profesional, integridad, honestidad, respeto y sensibilidad hacia las necesidades del paciente y el entorno humano que le rodea.

También es importante valorar en el desarrollo de su formación, el comportamiento ético, la capacidad de informar correctamente al paciente, así como la comunicación e integración con otros profesionales y estamentos sanitarios.

En cada centro con Unidades Docentes acreditadas, existirá una Comisión de Docencia con la misión de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que conforman el programa.

La Comisión de Docencia estará presidida por el jefe de estudios y formada por facultativos que imparten los programas de las diferentes especialidades, donde, asimismo, estará representados los médicos residentes.

La Comisión de Docencia tendrá establecido un Comité de Evaluación para cada una de las especialidades, cuyos programas de formación se estén desarrollando en el centro con función de evaluar anualmente a cada uno de los médicos en formación. En este Comité será obligatoria la presencia de un representante de la Administración Pública.

Por cada una de las especialidades médicas que se determinen, existirá una Comisión Nacional de la Especialidad, que tendrá la composición siguiente:

Tres vocales designados por el Ministerio de Educación y Cultura entre profesores de las Facultades de Medicina.

Tres vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo entre personal facultativo de las instituciones sanitarias con unidades docentes acreditadas.

Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas, elegidos de entre sus miembros.

Dos vocales en representación de los médicos residentes de la especialidad correspondiente, elegidos por ellos mismos, entre los que estén en tercer año de formación de la especialidad de cinco años y en el segundo año en las especialidades de tres o cuatro.

Un representante del Consejo General de Colegios Médicos.

Cada Comisión Nacional elegirá al presidente y al secretario de entre sus miembros.

El voto del presidente tendrá carácter decisorio en caso de empate.

Los médicos residentes en formación, al término de cada año, serán evaluados por la Comisión de Evaluación del centro. La evaluación continuada a lo largo del año será efectuada por los tutores y jefes de las unidades por las que el médico en formación haya rotado, considerando toda actividad asistencial, docente, de investigación o de cualquier otra índole en la que haya participado.

El resultado de estas evaluaciones periódicas será comunicado al Registro Nacional de Médicos Especialistas en formación existente en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Como desarrollo legal de este Real Decreto se establecerá las normas que han de regular los aspectos relativos a las evaluaciones anuales negativas.

La comisión de docencia del centro, terminado el período global de formación, remitirá la evaluación final a la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, quien propondrá al Ministerio de Educación y Cultura, la expedición del título de médico especialista, en el que se hará constar, de modo expreso, el centro acreditado donde se realizó el período de formación y la duración de esta.

1.4.1.4. Valoración después de cada rotación.

En el programa Portaleir el tutor diseñará las rotaciones tanto internas como externas de cada residente. Con los objetivos a cumplimentar en cada una de ellas. Después de cada rotación se cumplimentará la evaluación por el médico responsable de esa evaluación y

por el tutor en dicho programa , siendo el residente quien debe cumplimentar un informe de reflexión y una encuesta de satisfacción.

La escala será de 10 puntos

Los aspectos valorados serán los siguientes:

A. Objetivos

Evaluados como: No alcanzados, parcialmente alcanzados y totalmente alcanzados

B. Conocimientos y Habilidades

- Nivel de conocimientos teóricos adquiridos
- Nivel de habilidades adquiridas
- Habilidad en el enfoque diagnóstico
- Capacidad para tomar decisiones
- Utilización racional de los recursos

C. Actitudes

- Motivación
- Puntualidad / Asistencia
- Trabajo en equipo
- Relaciones paciente / familia
- Valores éticos y profesionales

El grupo B y C se valoran con puntuaciones de 1 al 10

El tutor debe cumplimentar la EVALUACIÓN ANUAL, en la que valora los distintos rotatorios que el residente ha realizado, además del Libro del Residente, las Actividades Complementarias y el Informe del jefe de Servicio o Unidad. En caso de ser favorable el Residente pasa de año o finaliza su período de formación, según corresponda.

La evaluación de los diferentes rotatorios externos queda reflejada en el portaleir y son subidos los archivo. Y es subida por el residente

1.4.1.5 Memoria anual de actividades.

El residente deberá cumplimentar el libro anualmente según un modelo estándar proporcionado por la Comisión de Docencia del Hospital, en el que se recogerán las actividades de formación, intervenciones , actividad investigadora y docente realizada durante el año, el cual será firmado por el Tutor, por el Jefe de Servicio o Unidad, y por el presidente/a de la Comisión de Docencia.

1.4.1.6 Organización de las Guardias y Grado de Complejidad de las intervenciones.

RESIDENTE DE PRIMER AÑO (R1)

Número Guardias: entre 60 y 65 guardias/año

Cometido: Iniciación en el conocimiento teórico de la patología quirúrgica general (procesos quirúrgicos más frecuentes, diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico y seguimiento postoperatorio).

Grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas durante el primer año de residencia (grado 1):

Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario. Exéresis de hidrosadenitis axilar o inguinal. Amputación menor. Inserción de trócares de laparoscopia. Punción torácica (rotación en UCI/ Cirugía torácica). Apendicectomía

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO (R2)

Número Guardias: entre 60 y 65 guardias/año

Cometido: Adquirir el conocimiento de la capacidad para diagnosticar y tratar, tanto desde el punto de vista médico como quirúrgico, y comprender los mecanismos fisiopatológicos de la adaptación a la agresión quirúrgica. Capacidad para detectar complicaciones postoperatorias y sentar las bases para las reintervenciones.

Grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas durante el segundo año de residencia (Grado 1 a 2):

Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Hernioplastia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta y laparoscópica. Inserción de trócares laparoscópicos. Gastroyeyunostomía. Sutura de una perforación ulcerosa laparoscópica o abierta. Enterectomía segmentaria.

RESIDENTE DE TERCER AÑO (R3)

Número Guardias: aproximadamente 65 guardias/año

Cometido: Durante este año el cometido estará orientado a que el residente esté capacitado para emplear la gran mayoría de los métodos diagnósticos y terapéuticos. El residente debe tener ya una destacada estrategia de resolución técnica en el quirófano.

Grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas durante el tercer año de residencia (Grados 1 a 3):

Grado 3. Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía compleja. Colectomía laparoscópica. Funduplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria. Resección intestinal segmentaria, anastomosis intestinal

RESIDENTE DE CUARTO AÑO (R4)

Número Guardias: aproximadamente 65 guardias/año

Cometido: Durante este año el residente debe haber adquirido tanto las bases fisiopatológicas de las enfermedades quirúrgicas, como un importante desarrollo técnico que le permitan autonomía en sus decisiones.

Grado de complejidad de las intervenciones (Grados 1 a 4):

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

RESIDENTE DE QUINTO AÑO (R5)

Número Guardias: aproximadamente 65 guardias/año

Cometido: Durante este último año el Residente debe haber adquirido tanto las bases fisiopatológicas de las enfermedades quirúrgicas, como un importante desarrollo técnico que le permitan autonomía en sus decisiones.

Grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas durante el quinto año de residencia (Grados 1 a 5):

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

ANEXO I

BAREMO ORIENTATIVO PARA LA VALORACION DEL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA 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. Esofaguetomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc...). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas

ANEXO II

COLOPROCTOLOGÍA	
Hemorroidectomía	15
Esfinterotomía interna	10
Fistulas/Absceso	20
Colectomía	6
Resección anterior	3
Amputación abdominoperineal	3

CIRUGÍA ENDOCRINA	
Tiroidectomía	2
Paratiroidectomía	2

CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA	
Cirugía antireflujo	5
Hernia paraesofágica	1
Achalasia	1
Abordaje del esófago cervical	1
Úlcera péptica complicada	8
Gastrectomía parcial	4
Gastrectomía total	1

CIRUGÍA MAMARIA	
Exéresis de nódulo	15
Mastectomía simple	5
Cuadrantectomía	5
Mastectomía radical	5

HEPATOBILIOPANCREATICA	
Resección hepática atípica	4
Colecistectomía laparoscópica	10
Cirugía de la VBP	4
Esplenectomía	5

CIRUGIA LAPAROSCÓPICA	
Al menos	15

CIRUGIA DE LA PARED ABDOMINAL	
Reparación de hernia inguinocrural	25
Reparación de hernia umbilical	
Eventración	10

URGENCIAS	
Intervención de todo tipo	200

Resección esofágica	5
Duodenopancreatectomía	5
Resección hepática mayor	5
Extracción hepática	3
Resección anterior	3
Trasplante hepático	2

ANEXO III

CUIDADOS INTENSIVOS

(2 meses)

Adquirir los conocimientos relativos a la fisiopatología y tratamiento de las situaciones críticas:

- 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 medicolegales)
- Mantenimiento del donante
- Control postoperatorio inmediato de los pacientes trasplantados

Entrenarse en una serie de técnicas y métodos propios de la medicina intensiva:

- 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)

CIRUGÍA TORÁCICA (1 mes)

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, ecoendoscopia, 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 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.

CIRUGÍA PLÁSTICA (1 mes) Optativa

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.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA (1 mes) Optativa

El residente debe adquirir los conocimientos y destrezas en relación con la valoración y planteamiento de tratamiento de las enfermedades congénitas y adquiridas relacionadas con el aparato digestivo y urinario en la edad infantil.

RADIOLOGÍA (1mes)

Aproximación a la ecografía abdominal, colelitiasis, colecistitis.

Diagnóstico radiológico de las tumoraciones de partes blandas. Cuando solicitarlas

Diagnóstico ecográfico y por TAC de las hernias de la pared abdominal (inguinales, umbilicales y eventraciones). Cuando solicitarlas

Diagnóstico mediante tomografía de la obstrucción intestinal

Indicaciones de las pruebas de imagen para el diagnóstico de las complicaciones postoperatorias (absceso, hematoma, dehiscencias anastomóticas). Cuando solicitarlas

PROCTOLOGÍA: (1- 2 MESES):

Laboratorio proctológico: manometría anorectal, biofeed back.

Ecografía endo anal y endorectal

Banding hemorroidal

Fístulas anales complejas, técnicas

Bloqueos pudendos

Suelo pélvico

Rectocele

Prolapso rectal completo e incompleto, manejo

CIRUGÍA HBP:

Cirugía laparoscópica pancreática, resecciones hepáticas.

Trasplante hepático, explante e implante

Coledoscopia vía laparoscópica

CIRUGÍA PARED ABDOMINAL

Abordaje laparoscópico de la eventración compleja

Abordaje laparoscópico de la hernia inguinal

Abordaje posterior de la hernia inguinal recidivada

CIRUGÍA MAMA

Patología maligna y benigna, Pruebas complementarias, eco mamaria.

Abordaje axilar. Ganglio centinela

Técnicas quirúrgicas, abordajes, cirugía oncoplastica

ANEXO IV

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

	CURSOS	ROTACIONES
R1	- Metodología de la investigación. - Bioética. - Gestión Clínica.	ROTACIONES EXTERNAS Centro de Salud (1 mes) Urología (1 mes) Radiología (1 mes)
R2	- Formas de producción científica. - C.M.A. - Infección quirúrgica.	ROTACIONES EXTERNAS UCI (2 meses). Cirugía torácica (1 mes)
R3	- Pared abdominal y hernias. - Iniciación práctica a la Cirugía Endoscópica*.	ROTACIONES EXTERNAS Cirugía Vascul ar (2 meses). Cirugía Mama (2 meses)
R4	- Cirugía Endocrina. - Cirugía de la Mama. - Cirugía Esofagogástrica. - Asistencia a Politraumatizados**	ROTACIONES EXTERNAS Cirugía esófago gástrica (2 meses). Cirugía colorrectal (1 mes)
R5	- Cirugía HBP. - Cirugía colorrectal. - Cirugía laparoscópica avanzada. - Trasplante de órganos.	ROTACIONES INTERNAS Cirugía HBP (1 mes)

* Debe llevarse a cabo en centros con infraestructura contrastada.

** Preferentemente titulación del American Trauma Life Support (ATLS)

ROTACIONES 2024-2025																	
	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sept-24	oct-24	nov-24	dic-24	ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sept-25
MIR I								AP			RX	URO					
MIR II	URO						TÓRAX			UCI	UCI						
MIR III		TÓRAX							MAMA	MAMA	VASCULAR	VASCULAR					
MIR IV	MAMA	MAMA									PROCTO	EG	EG				
MIR V								HBP									
Resi URO																	
Resi DIG																	
N Residentes	4	3				5	4	4	3	3	3	3	5				

ANEXO V

NUMERO MINIMO DE PROCEDIMIENTOS QUE DEBE REALIZAR UN RESIDENTE DE CGAD EN SUS ROTACIONES EXTERNAS, COMO CIRUJANO (ASISTENTE)

UCI/ANESTESIA

Acceso venoso central: 10 (20)

Intubación orotraqueal: 10 (20)

CIRUGIA TORACICA

Toracocentesis: 10

Toroscopia 5 (10)

Resecciones pulmonares (10)

Apertura y cierre de la cavidad torácica 5 (15)

CIRUGIA VASCULAR

Safenectomías: 5 (10)

Embolectomía (5)

Cirugía arterial directa (10)

UROLOGIA

Intervenciones sobre riñón, vejiga y próstata (10)

CIRUGIA PLASTICA (OPCCIONAL)

Plastias locales: 3 (10)

Reconstrucción mamaria (5)

ANEXO VI

PLAN DE SESIONES CLÍNICAS

Dentro del Plan Formativo del Residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo, se deben considerar fundamentales para el desarrollo profesional la elaboración de las Sesiones Clínicas. Dado que no se discute la importancia de dichas sesiones, la participación e implicación del residente debe ser prioritaria.

Los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HUPR proponemos las siguientes actividades con carácter formativo:

Presentación de Casos Clínicos:

OBJETIVO:

Presentación de casos clínicos durante la sesión clínica de Cirugía

Breve revisión de la literatura de aquellos casos que lo requieran

FRECUENCIA: todos los viernes de 8.15 a 10.00 h.

DURACIÓN: la presentación de casos tendrá una duración máxima de 5 minutos.

METODOLOGÍA:

Los residentes deberán coordinarse semanalmente con los facultativos del Servicio para la preparación de los casos clínicos.

Inicialmente, el residente de año superior que esté en ese momento en el Servicio será el responsable de coordinar la presentación de casos, de forma que deberá recabar los casos pendientes de presentar para la siguiente semana, y asignar a cada residente cada caso para su preparación.

Es prioritario que la presentación de casos se realice de forma directa, sencilla y ágil, que facilite a los miembros del “staff” la toma de decisiones.

La presentación debe contener un resumen de la historia clínica, las imágenes más relevantes, una revisión de la literatura (en caso de que sea necesaria), y una propuesta terapéutica. Será preferible su presentación en medio visual tipo power point, al menos de las imágenes de pruebas complementarias más relevantes.

Sesiones Clínicas de Morbi-Mortalidad

OBJETIVO:

Revisión crítica del manejo clínico, evolución y tratamiento de pacientes pertenecientes al Servicio de Cirugía que hayan sufrido complicaciones graves, especiales o poco frecuentes, o hayan fallecidos durante su hospitalización.

El análisis crítico debe perseguir un fin educativo y constructivo, identificando actitudes o acciones que nos ayuden a mejorar la atención al paciente. En ningún momento se pretenden juzgar decisiones individuales.

FRECUENCIA: Los residentes de Cirugía adquieren el compromiso de realizar estas sesiones entre 3 y 7 días desde el fallecimiento del paciente. Se presentarán, de acuerdo con el Jefe de Servicio, durante el transcurso del “morning report”.

DURACIÓN: el objetivo es realizar una sesión breve y directa de un máximo de 15 minutos.

METODOLOGÍA:

La presentación de la sesión de Mortalidad correrá a cargo del residente que participó en la intervención quirúrgica del paciente, o en su defecto, aquel que lo ingresó si el ingreso fue urgente o aquel que certificó el fallecimiento. Si no ocurrieran ninguna de estas circunstancias, será el tutor el que asigne al residente responsable, por turno correlativo.

Sesiones Clínicas de Revisión

OBJETIVO:

Revisar un tema concreto relacionado con la Patología Quirúrgica. Es prioritario que dichos temas sean seleccionados en base a problemas que surgen en la práctica clínica diaria, de manera que nos ayuden a resolver situaciones conflictivas y dudas concretas sobre la atención al paciente.

Fomentar la participación y discusión de los temas propuestos por parte de todos.

FRECUENCIA:

-Último martes de cada mes.

DURACIÓN: De 8.00 a 9.00 horas

METODOLOGÍA:

Exposición de dos temas de revisión.

La exposición de los temas no será superior a 20 minutos cada uno.

Discusión posterior con ruegos y preguntas.

El organigrama de sesiones se establecerá de forma trimestral con fecha y temas concretos, que serán de obligado cumplimiento, salvo causas mayores.

El espacio físico reservado para llevar a cabo dichas sesiones será alguna de las aulas formativas de docencia ubicadas en la 5ª planta del edificio II.

Sesiones de Revisión Bibliográfica

OBJETIVO:

Llevar a cabo una revisión crítica de artículos científicos de relevancia clínica y que sean actuales, recientes.

Analizar la metodología llevada a cabo, así como los resultados obtenidos, de manera que se “disecione” el contenido del trabajo en cuestión y se analicen puntos como validez interna y sobre todo aplicabilidad o validez externa. Como en el punto anterior, proponemos que dichas sesiones se realicen cada mes, alternándolas con las sesiones clínicas de revisión. Los artículos para revisar serán seleccionados, a propuesta, por el Tutor de Residentes, los propios residentes o cualquier facultativo.

FRECUENCIA: primer martes de cada mes.

DURACIÓN: de 8.00 a 9.45 horas

METODOLOGÍA:

El residente deberá desglosar críticamente las características de uno o dos artículos científicos.

Los artículos serán seleccionados a propuesta del propio residente, del tutor o de cualquier miembro del Servicio que lo sugiera.

De igual forma que con las sesiones clínicas de revisión, los artículos serán seleccionados de forma trimestral, si bien estos podrán ser modificados en función de la aparición de nuevos artículos en la literatura que sean de interés para todos.

Las sesiones clínicas de residentes serán acreditadas con un mes de antelación y lo realizará el residente 5º año

ANEXO VII

CONTENIDOS ESPECÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD DE CGAD

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; SOC; 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 comorbilidad.

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.

2. Areas y contenidos específicos:

APARATO DIGESTIVO:

Esófago:

Pruebas de función esofágica;

Reflujo gastroesofágico, esofagitis, estenosis, esófago de Barret; Hernia hiatal; Esofagitis: cáusticas, infecciosas; Trastornos de la motilidad: Acalasia, 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.

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; Ampulosa; 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 I¹³¹.
- **Glándulas paratiroides:** Hiperparatiroidismo: primario, secundario, terciario; 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; Gastrónoma; 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.

EL OBJETIVO PRINCIPAL DURANTE SU PERIODO DE FORMACIÓN ES IMPULSAR A NUESTROS RESIDENTES A UNA CULTURA DE CONSENSO Y PARTICIPACIÓN EN LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y GESTIÓN DE NUESTRA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA, DESARROLLANDO EN ELLOS ACCIONES Y APTITUDES DE MEJORA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL, GESTIÓN DE PROCESO ASISTENCIAL Y COSTE DE LA GESTIÓN, SIENDO A SU VEZ CAPACES DE ESTABLECER UNA COMUNICACIÓN EFICAZ QUE LES PERMITA DESEMPEÑAR CORRECTAMENTE SU LABOR PROFESIONAL CON LOS PACIENTES QUE ASISTEN Y CAPACITÁNDOLOS PARA EL LIDERAZGO FAVORECIENDO EL TRABAJO EN EQUIPO