



# GUÍA/ITINERARIO FORMATIVO TIPO (GIFT) CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

Área de Salud/Gerencia de Área	Área I Murcia Oeste		
Centro	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA		
Unidad docente/especialidad	CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO		
Tutores que han elaborado la GIFT (Añadir filas si es preciso)			
Apellidos y nombre		Firma	
FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, JUAN ÁNGEL			
FRUTOS BERNAL, MARÍA DOLORES			
GIL GÓMEZ, ELENA			
PEDRO ANTONIO CASCALES CAMPOS			
Vº Bº Jefe de servicio			
Apellidos y nombre		Firma	
RAMÍREZ ROMERO, PABLO			
Aprobado en comisión de docencia de (fecha)		Diciembre 2024	
Fecha próxima revisión		Diciembre 2025	
Fecha última revisión		Noviembre 2024	
Procedimiento difusión		En Sesión del Servicio	
Procedimiento entrega a los residentes		Mediante envío por correo electrónico	

## ÍNDICE

1. EL HOSPITAL CLINICO UNIRVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA Y LA DOCENCIA .....	¡Error! Marcador no definido.
1.1. Estructura de la Jefatura de Estudios.....	3
1.2. Composición de la Comisión de Docencia y Funciones.....	4
1.3. Plazas Acreditadas.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4. Número de Residentes por Especialidad..	¡Error! Marcador no definido.
2. NORMATIVA.....	9
2.1. Normativa Estatal .....	9
2.2. Normativa Autonómica .....	10
3. LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO .....	11
3.1. Definición de la Especialidad.....	11
3.2. Referencias al Programa Oficial de la Especialidad.	¡Error! Marcador no definido.
4. LA UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO	¡Error! Marcador no definido.
4.1. Particularidades del/de los Servicios desde un Punto de Vista Asistencial. ....	12
4.2. Particularidades del/de los Servicios desde un punto de vista Docente: 14	
4.2.1. Recursos Didácticos. ....	14
4.2.2. Tutores (roles y responsabilidades). ..	¡Error! Marcador no definido.
4.2.3. Colaboradores Docentes (roles y responsabilidades).....	18
4.2.4. Relación con otras Unidades Docentes/Dispositivos. ....	19
4.3. Consideraciones del Centro / Unidad Docente:	¡Error! Marcador no definido.
5. INFORMACIÓN LOGÍSTICA.....	19
5.1. Plan Acogida .....	19
5.2. Condiciones de Trabajo.....	19
5.3. Derechos y Deberes .....	21
6. LA FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL.....	21
6.1. Objetivo General de la Formación en la Especialidad. ....	21
6.2. Organización de la Tutoría y Supervisión de la Docencia. ....	41
6.3. Plan de Evaluación: Referencias a la Evaluación Formativa, Anual y Final.....	¡Error! Marcador no definido.
6.3.1. Evaluación Formativa Continuada .....	¡Error! Marcador no definido.
6.3.2. Evaluación Anual .....	¡Error! Marcador no definido.
6.3.3. Evaluación Final.....	¡Error! Marcador no definido.
6.3.4. Revisión de Evaluaciones .....	¡Error! Marcador no definido.
6.3.5. Notificación de las Evaluaciones a los Residentes	¡Error! Marcador no definido.
6.3.6. Composición Comités de Evaluación.	¡Error! Marcador no definido.
7. CRONOGRAMA DE ROTACIONES .....	48
PRIMER AÑO-R1 .....	¡Error! Marcador no definido.
SEGUNDO AÑO-R2 .....	¡Error! Marcador no definido.
TERCER AÑO-R3 .....	¡Error! Marcador no definido.
CUARTO AÑO-R4 .....	¡Error! Marcador no definido.

# 1. EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA Y LA DOCENCIA

## 1.1. Estructura de la Jefatura de Estudios.

El jefe de estudios es el presidente de la Comisión de Docencia del hospital clínico universitario Virgen de la Arrixaca. Funcionalmente, depende de la gerencia del área de salud I del SMS.

Al jefe de Estudios le corresponde presidir la Comisión de Docencia y dirigir las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la docencia especializada. También le corresponde facilitar la integración de las actividades formativas de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria de los centros asistenciales.



Sus funciones están recogidas la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero por la que se publica el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor:

1. Asumir la presidencia de la Comisión de Docencia, dirimiendo con su voto los empates que se produzcan en la adopción de acuerdos.
2. Asumir la representación de la comisión de docencia formando parte, en los términos que establezcan las Comunidades Autónomas, de los órganos de dirección de los correspondientes centros y servicios sanitarios, con el fin de asegurar y garantizar la incardinación de la docencia en la actividad asistencial ordinaria continuada y de urgencias de dichos centros.
3. Dirigir y coordinar las actividades de los tutores/as y actuar como interlocutor con los responsables de todas las unidades docentes.
4. Actuar como interlocutor entre los responsables asistenciales y docentes con finalidad de garantizar una adecuada coordinación entre los mismos.
5. Consensuar y suscribir con los correspondientes órganos de dirección del centro en representación de la comisión de docencia, el protocolo de supervisión de los residentes según la legislación vigente.
6. Presidir según prevé la legislación vigente, los correspondientes comités de evaluación anual, dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse.

7. Supervisar el Plan de Gestión de la Calidad Docente del centro o unidad.
8. Promover, fomentar y definir líneas y actividades de investigación, relacionadas con las especialidades en ciencias de la salud en consonancia con los planes de salud de la Comunidad Autónoma y los programas I+D, relacionados con la formación sanitaria especializada.
9. Garantizar la correcta remisión, en tiempo y forma, de las evaluaciones y demás documentación que se deba trasladar al Registro de Especialistas en Formación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
10. Gestionar los recursos humanos y materiales asignados a la comisión de docencia, elaborando el plan anual de necesidades, según la normativa aplicable en cada Comunidad Autónoma.
11. Ordenar la inserción en el tablón de anuncios de los avisos y resoluciones de la comisión de docencia que requieran publicación, insertando la diligencia relativa a la fecha de publicación que en cada caso corresponda.
12. Aquellas otras que le asigne la correspondiente Comunidad Autónoma y demás normas que regulen la formación sanitaria especializada.


## **1.2. Composición de la Comisión de Docencia y Funciones.**


Las comisiones de docencia estarán compuestas por un presidente, que será el jefe de estudios de formación especializada, y por los siguientes vocales:

-  Vocales en representación de los tutores: con carácter general, tendrán representación en número superior al de vocales representantes de los residentes y serán elegidos entre los tutores acreditados del centro o unidad por un periodo de cinco años, pudiendo ser reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.
  - Sin perjuicio de ello, se habrán de tener en cuenta las siguientes reglas específicas: En el caso de comisiones de docencia de centro estarán representados tutores de cada una de las áreas hospitalarias (servicios médicos, quirúrgicos y centrales) con especialidades acreditadas. En este caso, el número mínimo de vocales representantes de los tutores será de siete; cuando este número sea superior al de las unidades docentes acreditadas del centro, el número mínimo de vocales representantes de los tutores coincidirá con el número de unidades docentes acreditadas.
-  Vocales en representación de los residentes: serán elegidos, para un periodo de un año, de entre los especialistas en formación de su centro o unidad docente, pudiendo renovar su cargo por periodos sucesivos de un año de duración.


Preferentemente estarán representadas todas las promociones de residentes que se formen en un centro o unidad acreditados.


- Además, se habrán de cumplir las siguientes reglas específicas: Comisiones de docencia de centro: el número total de vocales de residentes podrá ser de hasta seis, y deberán estar representados los residentes de cada una de las áreas hospitalarias (servicios médicos, quirúrgicos y centrales) con especialidades acreditadas. Además, existirá un vocal representante de los residentes de la comisión de docencia de la unidad docente de Atención Familiar y Comunitaria que tenga como dispositivo a dicho centro.


 La jefatura de estudios de la unidad docente de Atención Familiar y Comunitaria deberá estar representada en las comisiones de docencia de los centros en los que se formen sus residentes.

 Existirá, al menos, un vocal elegido de entre alguno de los siguientes colectivos para un período de 5 años, pudiendo ser reelegidos sucesivamente:

- Los técnico/s de apoyo del centro o unidad docente.
- La unidad de formación continuada de la gerencia del área de salud.
- Los responsables de prácticas universitarias de la gerencia del área de salud, con el fin de que exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado y posgrado y la formación especializada en ciencias de la salud.

 Igualmente, por un período de 5 años renovable, se designará a un vocal en representación del órgano de dirección de la entidad titular.

 Asimismo, será designado un vocal en representación de la Dirección General de Recursos Humanos por ese mismo período con posibilidad de que se renueve sucesivamente su designación.

 En el seno de la comisión de docencia, deberá existir un puesto de Secretaría, con voz pero sin voto, que atenderá al funcionamiento administrativo y custodia de los expedientes de los especialistas en formación. La provisión del puesto de titular de la secretaría de la comisión de docencia se llevará a cabo mediante designación por la gerencia u órgano directivo a la que esté adscrita, oído el jefe de estudios, pudiendo ser sustituido en cualquier momento por el mismo procedimiento por el que fue nombrado.

Las funciones de la comisión de docencia, viene definidas en el punto 4.3. de la Resolución del Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueban las instrucciones por las que se determina la composición y el funcionamiento de los órganos docentes colegiados a los que corresponde organizar la

formación sanitaria especializada y se fijan las entidades titulares de los centros hospitalarios docentes y de las unidades docentes acreditadas en el ámbito de la Región de Murcia. La composición de la Comisión de Docencia es:

	Nombre y Apellidos	Especialidad / Puesto
Presidente:	José Manuel Rodríguez González	Jefe de Estudios
Vicepresidente:	Pedro Antonio Cascales Campos	Cirugía General y del AD
Secretaria:	Juana M <sup>a</sup> González Giménez	Jefe Sección Administrativa
Vocales en representación de los tutores	Luis Enrique Fernández Rodríguez	Anestesiología y Reanimación
	José Higinio de Gea García	Medicina Intensiva
	Juan García de Lara	Cardiología
	Francisco Martínez Martínez	Cirugía Ortopédica y Traumat.
	Pedro Antonio Cascales Campos	Cirugía General y del AD
	Carmen Botella Martínez	Inmunología
	M <sup>a</sup> José Aranda García	Cirugía Pediátrica
Vocales en representación de los residentes	Rosana González López	Inmunología
	Andrés Campuzano Melgarejo	Anestesiología y Reanimación
	Lucía Contreras Espejo	Radiodiagnóstico
	Juan Antonio Blazquez Soto	Hematología-Hemoterapia
	María Iniesta Cortés	Cirugía General y del AD
	Alberto Castillo Sandoval	Medicina Familiar y Comunitaria
Vocal Jefatura de Estudios UDM MFyC	M <sup>a</sup> Elena Sebastián Delgado	Jefa de Estudios
Vocales técnicos de apoyo, FC, etc.	José Antonio Galián Megías	Técnico Docente
	Elisabeth Monzó Núñez	Técnico Formación Continuada
	M <sup>a</sup> Luz Alcaraz Escribano	Supervisora Enf. Pregrado
	Alberto Nieto López	Jefe de Residentes 2024-2025
Vocal Entidad Titular	Carlos M. Pérez-Crespo Gómez	Director Médico
Vocal Dirección General Recursos Humanos	Francisco Molina Durán	Coordinador Desarrollo Profesional
Asistentes invitados	Jefes de Estudios de UDM de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental	

### 1.3 Plazas Acreditadas.

Las plazas acreditadas para el presente año son las siguientes:

Especialidad	Plazas Acreditadas
Alergología	2
Análisis Clínicos	3
Anatomía Patológica	2
Anestesiología y Reanimación	10
Aparato Digestivo	2
Bioquímica Clínica	1
Cardiología	3
Cirugía Cardiovascular	1
Cirugía General	4
Cirugía Oral y Maxilofacial	1
Cirugía Ortopédica y Traumatología	3
Cirugía Pediátrica	1
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	1
Cirugía Torácica	1
Dermatología y venereología	2
Endocrinología y Nutrición	1
Farmacia Hospitalaria	2
Hematología Hemoterapia	2
Inmunología	1
Medicina Física y RHB	2
Medicina Intensiva	3
Medicina Interna	3
Medicina Nuclear	2
Microbiología y Parasitología	2
Nefrología	2
Neumología	2
Neurocirugía	1
Neurofisiología Clínica	1
Neurología	2
Oftalmología	3
Oncología Médica	2
Oncología Radioterápica	1
O.R.L.	2
Radiodiagnóstico	5
Radiofarmacia	1
Radiofísica	1
Reumatología	2
Urología	2
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>

## 1.4. Número de Residentes por Especialidad.

Especialidad	Número de Residentes
Alergología	3
Análisis Clínicos	7
Anatomía Patológica	8
Anestesiología y Reanimación	36
Aparato Digestivo	8
Bioquímica Clínica	4
Cardiología	15
Cirugía Cardiovascular	3
Cirugía General	17
Cirugía Oral y Maxilofacial	5
Cirugía Ortopédica y Traumatología	15
Cirugía Pediátrica	5
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	5
Cirugía Torácica	0
Dermatología y venereología	5
Endocrinología y Nutrición	4
Farmacia Hospitalaria	8
Hematología Hemoterapia	7
Inmunología	4
Medicina Física y RHB	8
Medicina Intensiva	14
Medicina Interna	15
Medicina Nuclear	3
Microbiología y Parasitología	4
Nefrología	5
Neumología	3
Neurocirugía	5
Neurofisiología Clínica	4
Neurología	8
Oftalmología	8
Oncología Médica	10
Oncología Radioterápica	4
O.R.L.	5
Radiofarmacia	3
Radiofísica	4
Radiodiagnóstico	17
Reumatología	5
Urología	9
<b>TOTAL</b>	<b>293</b>



## 2. NORMATIVA

### 2.1. Normativa Estatal

- [Ley 29/2006, de 26 de julio](#), de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Regula el uso racional de los medicamentos, prioridades en el tratamiento de los problemas de salud, nuevas tecnologías y alternativas más eficientes.
- [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de esta ley es, establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias.
- [Ley 44/2003, de 21 de noviembre](#), de ordenación de las profesiones sanitarias. Aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias.
- [Ley 55/2003, de 16 de diciembre](#), del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. Se constituye en una de las piezas angulares que regula la relación laboral actual de los trabajadores de los Servicios sanitarios. Establece el régimen de incompatibilidades.
- [Ley 41/2002, de 14 de noviembre](#), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Establece los principios básicos que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
- [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), General de Sanidad. Reguladora de los servicios sanitarios. Estructurando el sistema sanitario público y el de las comunidades autónomas.
- [Real Decreto 183/2008, de 28 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.
- [Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre](#), por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- [Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- [Orden SSI/81/2017, de 19 de enero](#), por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se

aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

- [Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero](#), por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
- [Resolución de 21 de marzo de 2018](#), de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación

## 2.2. Normativa Autonómica

- [Ley 3/2009, de 11 de mayo](#), de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.
- [Ley 5/2001, de 5 de diciembre](#), de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. Regula específicamente la relación laboral del personal del Servicio Murciano de Salud.
- [Ley 4/1994, de 26 de julio](#), de Salud de la Región de Murcia. Desarrollo legislativo de la legislación básica del estado en materia de Sanidad.
- [Decreto 25/2006, de 31 de marzo](#), por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias, para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público en la Región de Murcia.
- [Decreto 80/2005, de 8 de julio](#), por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su registro. Regula el documento de Instrucciones Previas, su formalización, modificación o revocación.
- [Resolución de 23 de julio de 2018](#), del Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueban las instrucciones por las que se determina la composición y funcionamiento de los órganos docente colegiados a los que corresponde organizar la formación sanitaria especializada y se fijan las entidades titulares de los centros hospitalarios docentes y de las unidades docentes acreditadas en el ámbito de la Región de Murcia (BORM nº172 de 27 de julio de 2018)

## 3. LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

### 3.1. Definición de la Especialidad.

*Denominación oficial de la especialidad y requisitos de la titulación*

*Cirugía General y del Aparato Digestivo.*

*Duración: 5 años.*

*Licenciatura previa: Medicina.*

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

*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 ó 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».*

### **3.2. Referencias al Programa Oficial de la Especialidad.**

*ORDEN SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.*

## **4. LA UNIDAD DOCENTE DE CIRUGÍA GENERAL**

### **4.1. Particularidades del/de los Servicios desde un Punto de Vista Asistencial.**

El servicio se encuentra dividido en Unidades asistenciales subespecializadas, autónomas tanto en la programación asistencial como carga docente. Supervisadas todas ellas por el Jefe de Servicio-Departamento, Prof. Pablo Ramírez

#### **Unidad de Cirugía Endocrina:**

Dr. Jose Manuel Rodríguez (Jefe de Sección)

Dr A. Ríos

Dra. B. Febrero

#### **Unidad de Cirugía Esófago-gástrica/Obesidad:**

Dra.L. Martínez de Haro (Jefe de Sección)

Dra.M.A Ortíz Escandell

Dr. V. Munitiz

Dr. D. R. de Angulo

#### **Unidad de Cirugía Colorrectal/Obesidad:**

Dra. Quiteria F. Hernández Agüera (Jefa de Sección)

Dra. María Dolores Frutos Bernal

Dr. José Gil Martínez

Dr. Jesús Abrisqueta

Dra. E. Gil

**Unidad de Mama:**

Dr. A. Piñero

Dr. Pedro J. Galindo

Dra. Caridad Marín

**Unidad de Cirugía Hepatobiliar**

Prof. Ricardo Robles (Jefe de Sección)

Dra. A. López Conesa

Dr. R. Brusadín

Dr. V. López

**Unidad de Cirugía Pancreática:**

Prof. F. Sánchez Bueno (Jefe de Sección)

Dr. Pedro Jose Gil

**Unidad de trasplantes:**

Prof. P. Ramírez (Jefe de Servicio)

Prof. Sánchez Bueno

Prof. Robles

Dr. Rodríguez

Dr. Ríos

Dr. Fernández

**Unidad de Carcinomatosis Peritoneal:**

Dr. Pedro A. Cascales

Dra. E. Gil

**Unidad de Cirugía General:**

Dra. Gloria Torres Salmerón

Dr. L. Baños

Dr. P. Alcaraz

**Unidad de Pie diabético:**

Dr. P. Alcaraz

**Unidad de Sarcomas:**

Dr. Juan Ángel Fernández Hernández

Dra. María Dolores frutos Bernal

Cada una de las Unidades, forma parte del correspondiente Comité de Tumores

## ***4.2. Particularidades del/de los Servicios desde un punto de vista Docente:***

### **4.2.1. Recursos Didácticos.**

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, dispone de una sala de sesiones en la que se desarrollan la mayor parte de sesiones de programación, de urgencias, docentes etc. Cada Unidad dispone a su vez del correspondiente despacho dotado con soporte informático y biblioteca propia de la especialidad para utilización de los residentes.

**LINEAS DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.**

**Unidad de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliopancreática. Las líneas fundamentales de investigación en esta área son:**

- a- Donación de órganos.
- b- Xenotransplante.
- c- Tolerancia y Quimerismo. Retirada de la Inmunosupresión.
- d- Inmunología del Trasplante.
- e- Aspectos clínicos.
- f- Cirugía Hepática Laparoscópica.
- g- Cirugía pancreática.

**Unidad de Cirugía Esofagogástrica, Colorrectal y de la Obesidad Mórbida. Las líneas fundamentales de investigación son:**

- a.- Esófago de Barrett y su progresión a adenocarcinoma. Barrett familiar.
- b.- Trastornos Motores Esofágicos Primarios.
- c.- Cirugía de Alta Precoz en cáncer de esófago.
- d.- Cirugía Abierta versus Laparoscópica en cáncer de recto.
- e.- Químio-Radioterapia neoadyuvante en cáncer de recto.
- f.- Cirugía Abierta versus Laparoscopia en la Obesidad Mórbida.

**Unidad de Cirugía Endocrina. Las Líneas fundamentales de investigación son:**

- a.- Neoplasia Endocrina Múltiple.
- b.- Cáncer de Tiroides.

**LINEAS DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA MAMA Y MELANOMA:**

- Metodología de la estadificación locorregional: instrumentación y tecnología en la biopsia selectiva del ganglio centinela.
- Técnicas de biología molecular en la cuantificación de enfermedad metastásica.
- Caracterización tumoral y resistencia a terapia sistémica.
- Fisiopatología de la diseminación metastásica tumoral.
- Biomateriales y reconstrucción mamaria.

## **PROYECTOS DE INVESTIGACION UNIDAD DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA**

### **CLÍNICOS**

1. *Citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertermica (HIPEC) versus citorreducción aislada en carcinomatosis peritoneal por carcinoma de ovario, trompa de falopio o carcinoma peritoneal primario. Ensayo clínico aleatorizado. EudraCT: 2011-001715-31. ENTIDAD FINANCIADORA: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. DURACIÓN: 2011-2018. INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: DR PEDRO ANTONIO CASCALES CAMPOS*

### **EXPERIMENTALES (Grupo de Investigación en Cirugía Oncológica Peritoneal experimental (GICOP)**

1. *Efectos de la HIPEC sobre la histología, resistencia y suturas anastomóticas del colon*  
**Quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC) con cisplatino y paclitaxel. mecanismos moleculares implicados en la cicatrización y la cinética tumoral en un modelo animal.**

### **Documentos o bibliografía de apoyo.**

#### *Libros*

*Encyclopedie Medico-chirurgiale*  
SCHWARTZ. Principios de la cirugía. 7ª Ed. 2000  
FARDON. Endocrine surgery. 2ª Ed. 2001  
PERASON. Esophageal Surgery. 1ª. Ed. 2002  
CASTELL. The esophagus. 2ª Ed. 1999  
WAY. Current Surgical. 11ª Ed. 2003  
HAMILTON/BAILEY. Emergenci Surgey. 13ª Ed. 2000  
ZOLLINGER. Atlas of surgical operations. 8ª Ed. 2003  
SKANDALAKIS. Anatomía y técnicas quirúrgicas. 2ª Ed. 2000  
TROIDL. Principles & practice research. 2ª Ed. 1991  
MOTULSKY. Intuitive Biostatistics. 1ª Ed. 1995  
CARBONELL. Hernia inguinal/crural. 1ª Ed. 2001  
DROBNIC. Tratamiento antimicrobiano. 1ª Ed. 1997  
PARRILLA. Cirugíaesofagagástrica. 1ª Ed. 2001  
SITGES. Cirugía endocrina. 1ª Ed. 1999  
LLEDÓ. Cirugía colorectal. 1ª Ed. 2000  
JOVER. Politraumatismos. 1ª Ed. 2001  
GORDON. Principles & practice of surgery for colon, rectum and anum. 2ª Ed. 1999  
PHILIPS R. Modern coloproctology. 1ª Ed. 1993  
Guía de Donacion y Trasplante de organos (ARAN), de Parrilla, Rios y Ramirez  
Trasplante Hepatico, de Parrilla y Berenguer (ELSEVIER)  
Cirugía de la Mama. Guía Clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Editores: Antonio Sierra García, Antonio Piñero Madrona, Julián Illana Moreno. Arán Ediciones S.A. Madrid 2006.  
Melanoma Cutáneo. Guía clínica práctica. Editores: Jorge Martínez-Escribano, Antonio Piñero Madrona, Carlos de Torre Minguela, José Manuel Ródenas López. Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Murcia 2012.



*La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.* Kirby I. Bland, Edward M. Copeland III (editores) Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2007.

*Diseases of the breast.* Jay R. Harris, Marc E. Lippman, Monica Morrow, C. Kent Osborne (editores) 5ª edición. Wolter Kluwe Health. Philadelphia, USA. 2014.

*Cáncer de mama.* Guidubaldo Querci della Rovere, Ruth Warren, John R. Benson (editores). 2ª edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2014.

GUÍAS DE LA AEC PARA CADA ESPECIALIDAD

#### **Revistas**

ANNALS OF SURGERY

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY

BRITISH JOURNAL OF SURGERY

SURGERY

ANNALS OF SURGICAL ONCOLOGY

CHEST

GASTROENTEROLOGY

JOURNAL OF THORACIC AND CARDIOVASCULAR SURGERY

CIRUGÍA ESPAÑOLA

AMERICAN J TRANSPLANTATION

TRANSPLANTATION

LIVER TRANSPLANTATION

### **4.2.2. Tutores (roles y responsabilidades).**

Los roles y responsabilidades de los tutores se especifican en el [Real Decreto 183/2008. Capítulo IV. Artículos 11 y 12.](#)

El tutor de formación especializada es el profesional sanitario especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, es el referente del residente o residentes asignados y primer responsable de su proceso de enseñanza-aprendizaje. Esta responsabilidad se extiende durante todo el periodo formativo, salvo causa justificada de índole laboral o personal o por circunstancias concretas derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad en el sistema de formación de especialistas.

El nombramiento de los tutores será realizado por la Entidad Titular. Este tutor/a acompañará a la formación del residente a lo largo de toda su residencia, es decir, desde que se incorpora como R1, hasta que termina su residencia, siendo el principal responsable del proceso enseñanza-aprendizaje del residente en particular y se responsabilizará de que cumpla con sus rotaciones, de la evaluación formativa, anual y final; de que mantenga actualizado su libro del residente, realizando como mínimo las cuatro entrevistas estructuradas, etc.

Los tutores/as de Cirugía General son los siguientes:

Dr. Juan Ángel Fernández Hernández

Dra. María Dolores Frutos Bernal

Dra. Elena Gil Gómez

#### **4.2.3. Colaboradores Docentes (roles y responsabilidades).**

Todos los miembros del Servicio son colaboradores docentes en sus respectivas Unidades.

Al amparo de lo previsto en el artículo 13 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el Colaborador docente es el profesional de las distintas unidades/dispositivos en los que los residentes realizan rotaciones o bien el profesional del ámbito sanitario, con el que los residentes desarrollan actividades de reconocido valor docente de entre las incluidas en la guía o itinerario formativo tipo del centro o unidad.

##### **Colaborador Docente Organizativo**

El Colaborador docente organizativo es el profesional sanitario cuya principal misión es colaborar activamente en la organización de determinadas tareas docentes en una unidad/servicio como apoyo al tutor/es de residentes, tales como: establecer y coordinar las estancias formativas de residentes externos al servicio/unidad (residentes de otras especialidades, o de la misma especialidad pero que provengan de otros centros), así como en los casos en los que la comisión de docencia lo crea oportuno o lo establezca la Comisión Nacional de la Especialidad.

##### **Colaborador Docente Clínico**

El Colaborador docente clínico es el profesional del ámbito sanitario, preferentemente especialista, cuya principal misión es colaborar directa y activamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente durante su rotación clínica. Para ello, supervisa, controla y registra las actividades asistenciales y formativas que los residentes realizan en su unidad/dispositivo durante las rotaciones.

Estos profesionales apoyarán al tutor del residente en las labores de tutoría que éste tiene asignadas y serán responsables de la evaluación individual de la rotación del residente al finalizar ésta.

#### 4.2.4. Relación con otras Unidades Docentes/Dispositivos.

La relación con otras unidades externas se halla coordinada por: el Dr. Juan Ángel Fernández Hernández, la Dra. María Dolores Frutos Bernal, la Dra. Elena Gil Gómez

## 5. INFORMACIÓN LOGÍSTICA

### 5.1. Plan Acogida

#### ¿QUÉ HACER AL LLEGAR AL HOSPITAL?

##### 1.-TOMA DE POSESIÓN

Lo primero es realizar la toma de posesión de tu plaza. Ésta es un trámite obligatorio sin excepción, pues de no cumplimentarse se entenderá que se renuncia a la plaza. En este primer contacto con el hospital se realizarán tres actos, durante la primera semana de incorporación:

- 1.-Firma del Contrato de residencia que os vincula al hospital, que se realiza en el Servicio de Recursos Humanos, y para el que debéis aportar la siguiente documentación: D.N.I., Libro de Familia, Tarjeta Sanitaria, Título de licenciado o de la homologación correspondiente, Credencial de la elección de plaza, Datos bancarios y una Fotografía.
- 2.-Registro en Docencia (Secretaría: Pabellón de Docencia y Dirección, planta - 1), donde presentarán fotocopia de la siguiente documentación: D.N.I., Credencial, Título de Licenciado o justificante, y una fotografía.
- 3.-Presentación al Jefe de la Unidad Docente, quien os dará la información pertinente y procederá a la presentación del Tutor correspondiente.

##### 2.-RECONOCIMIENTO MÉDICO Y TEST DE APTITUD

En el plazo de toma de posesión y antes de la firma del contrato, los adjudicatarios se someterán a un examen médico, para comprobar que no padecen enfermedad ni están afectados por limitación física o psíquica que sea incompatible con las actividades profesionales que el correspondiente programa formativo exija al residente. De no superar este examen, la adjudicación se entenderá sin efecto (B.O.E. nº 249 de 17 octubre de 2003).

De darse este último supuesto, se remitirá informe que constituirá el fundamento de la resolución motivada que habrá de dictar la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo.

También es obligatoria la realización un test de aptitud. De acuerdo con la Orden SCO/2907/2006, de 14 de septiembre del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (BOE 227 de 22/9/2006) se aprobó la convocatoria de pruebas selectivas 2006, para el acceso en el año 2007, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Para Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) y Salud Mental la convocatoria está recogida en la Orden SCO/2908/2006, Apartado XXI.

### 3.-PROGRAMA DE CURSOS DE BIENVENIDA PARA NUEVOS RESIDENTES (ASISTENCIA OBLIGATORIA):

*Este programa se realiza con el objetivo de facilitar vuestro proceso de incorporación al Centro, y consta de diferentes actividades orientadas a un mejor conocimiento del contexto y personal con los que trabajaréis durante vuestra residencia, así como de algunos cursos y sesiones que consideramos imprescindibles para que podáis desempeñar vuestras primeras actividades asistenciales.*

*Entre estos cursos destacan:*

#### 1. SESIÓN SOBRE ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN EL HCUVA.

*Se impartirá una charla informativa en la que os hablaremos de la normativa básica y aspectos relacionados con vuestra integración en el sistema de residencia.*

#### 2. SESIÓN SOBRE ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA FORMACIÓN Y EVALUACIÓN DEL RESIDENTE EN EL HCUVA

*Durante esta sesión os presentaremos algunas de las herramientas docentes que utilizaréis durante vuestro periodo formativo, tales como: el libro del residente, las entrevistas tutor-residente, la guía itinerario tipo, el plan individual del residente...etc. También os explicaremos el sistema de evaluación durante la residencia y los respectivos instrumentos de evaluación.*

#### 3. CURSO SOBRE EL PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN

*El objetivo de este curso será aprender la actuación en el caso de se que produzca una emergencia que requiera la salida/evacuación del personal/pacientes del centro.*

#### 4. CURSO SOBRE EL LAVADO DE MANOS (NORMATIVA OMS)

*En cumplimiento de la normativa de la OMS, todos los profesionales sanitarios deben adquirir conocimientos en el correcto procedimiento de la Técnica del Lavado de Manos.*

#### 5. SESIÓN SOBRE EL PLAN REGIONAL DE SALUD

#### 6. CURSO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (SELENE)

*Se trata de un a actividad formativa orientada al conocimiento y práctica del sistema de Historia Clínica Electrónica implantando en nuestro hospital.*

#### 7. CURSO BÁSICO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

*Este curso es organizado por el Servicio de Urgencias del Hospital con el objetivo de introducir al Residente que llega al Hospital en los problemas más frecuentes con los que se va a encontrar en las guardias. Se trata de realizar primero, una introducción al trabajo en Urgencias: funcionamiento de los Servicios de Urgencias, cumplimentación de la Historia Clínica y aspectos médico-legales interesantes; posteriormente se desarrollarán los problemas clínicos más frecuentes.*

## 5.2. Condiciones de Trabajo

El residente tiene un contrato docente-laboral. Durante su periodo de formación todos los residentes tienen derecho a recibir docencia del personal de plantilla, al mismo tiempo que realiza una labor asistencial supervisada, con responsabilización progresiva. En el contrato de trabajo que se firma anualmente aparecen detalladas las condiciones del mismo.

### **5.3. Derechos y Deberes**

Los derechos y deberes, viene regulados por el Real Decreto 1146/2008, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, así como en el modelo de contrato que se firma anualmente.

## **6. LA FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL**

### **6.1. Objetivo General de la Formación en la Especialidad.**

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.

### 5.1.a. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA FORMACIÓN

Antes de definir los objetivos específicos de la formación definiremos lo los contenidos específicos de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo

#### 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 neo adyuvantes:

Radioterapia.

Quimioterapia.

Inmunoterapia.

Hormonoterapia.

## 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.

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.

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

Se establecen unos objetivos específicos a desarrollar y unas actividades necesarias para conseguirlos:

**A. Objetivos específicos:**

**A.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.

## **A.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. Se comenta más adelante en NIVELES DE RESPONSABILIDAD

## **A.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.

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

### **B.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 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 Vascular, Trasplantes de órganos abdominales, Obesidad Mórbida, Carcinomatosis peritoneal. . Deben tener preferencia las actividades que incluyan procedimiento de evaluación y aquellos cursos o seminarios cuya organización este garantizada por la Comisión Nacional de la Especialidad o Asociaciones Científicas de prestigio.

### **B.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 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.

**B.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.

## **COMPETENCIAS PROFESIONALES A ADQUIRIR SEGÚN EL AÑO DE RESIDENCIA, DETALLANDO ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y CALENDARIO DE ROTACIONES**

En cuanto al programa de Cirugía General y Aparato Digestivo que aparece en el BOE, es un calendario "orientativo" publicado en el año 2007, el cual hemos intentamos seguir de la manera más formal posible, teniendo en cuenta que nuestros residentes están en el Hospital Virgen de la Arrixaca, Hospital de Referencia del Servicio Murciano de Salud. En dicho hospital contamos con una estructura de servicio dividida en secciones superespecializadas y con áreas de formación específica de las que carece dicho programa (cirugía bariátrica, cirugía de sarcomas, cirugía hepática avanzada...)

Teniendo en cuenta la anterior premisa, nuestros residentes se enfrentan desde sus comienzos a una patología superespecializada, por lo que es recomendable y necesario que desde su primer año de formación tengan las suficientes nociones de radiología y endoscopia necesarias para atender a pacientes de alta complejidad. Paralelamente a esto aprovechan este tipo de rotaciones extra-servicio para disfrutar de su periodo vacacional correspondiente.

En cuanto a los trasplantes, desde sus inicios en la residencia, participan en todas las extracciones, razón por la cual la rotación de trasplante se divide entre R2 y R5 para que adquieran el conocimiento, habilidad y destreza necesaria para su participación activa en extracciones e implantes como residentes mayores.

El programa del residente contempla durante su 4 año la rotación por cirugía vascular y cirugía plástica, aunque debido una vez más a la estructura del servicio lo hacen durante el primer y segundo año; esta rotación se hace imprescindible ya que durante las guardias de presencia física que realizan desde su primer año de formación, precisan habilidades en cirugías pancreáticas y hepáticas, cuyo eje fundamental es el conocimiento avanzado en suturas vasculares y sutura de heridas complejas; he de recordar que es el cirujano general el que atiende las heridas en primera instancia, avisando a especialistas en caso de necesidad, estando algunos de ellos de guardia localizada (cirujano vascular, maxilofacial...)

En último lugar, en relación a guardias de traumatología y neurocirugía se consideró desde hace años no realizarlas ya que se cuenta con un "código politrauma". Con la activación de este código los residentes de cirugía general son avisados durante sus guardias para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado de forma conjunta con el resto de especialistas.

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 y las correspondientes a áreas de capacitación o de interés singular de CGAD durante el tercero, cuarto y quinto año.



Con el fin de no mantener al residente alejado del servicio durante el segundo año, los residentes siguen adscritos a sus guardias en el servicio de CGAD. En el primer año se realizara rotación por todas las unidades del servicio de cirugía para ir adquiriendo conocimientos generales en el campo de la cirugía, así como en Protección radiológica y atención endoscopia, vascular, plástica. Conviene contemplar, a modo de ampliación de estudios, una rotación de 3 meses realizada en los 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.

Las rotaciones de este año se realizan con arreglo al calendario estipulado teniendo en cuenta lo comentado al inicio de este apartado.

ROTACIONES RESIDENTES Junio 2022- Mayo 2023													
		Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
R1	Adama	CG	CG	CG	RX	ENDOSC	PLAST	COL	COL	CCV	CCV	REA	UCI
	Alvaro	Rx	CCV	CCV	ENDOSC	COL	COL	PLAST	CG	CG	CG	UCI	REA
	Francisco	COL	COL	RX	CG	CG	CG	CCV	CCV	REA	UCI	PLAST	ENDOSC
R2	Adrián	PANC	PANC	COL	COL	HIG	HIG	SARC	SARC	CARCI	CARCI	TOH	HIG
	Ángela	SARC	SARC	PANC	PANC	ZONA	ZONA	HIG ^	HIG ^	COL	COL	CARCI	CARCI
	Nacho	CCV	ENDOSC	HIG	SARC	PANC	PANC	ZONA	ZONA	TOH	TOH	COL	COL
R3	Isabel	TÓRAX	TÓRAX	TOH	TOH	TOH	CARCI	CARCI	CARCI	HÍG	HÍG**	PÁNC	PÁNC
	Alfonso	TOH	TOH	CARCI	CARCI	CARCI	TÓRAX	TÓRAX	TÓRAX	MAMA	MAMA	MAMA	MAMA
	Alvaro	CARCI	CARCI	TÓRAX	TÓRAX	TÓRAX	TOH	TOH	TOH	ESÓF**	ESÓF	ESÓF	ESÓF^
R4	Ana	MAMA	MAMA	MAMA	MAMA	REXT	REXT	REXT	REXT	COL	COL	COL#	COL
	Valentín	HÍG	HÍG	PÁNC	PÁNC	COL##	COL	COL	COL	REXT	REXT	REXT	REXT
	Andrés	REXT	REXT	REXT	REXT	HÍG*	HÍG*	PÁNC	PÁNC	END	END	END	END
R5	Paco	END	END	END	END	ESOF***	ESOF#	ESOF##	ESOF**				
	Juanjo	ESOF	ESOF	ESOF	ESOF***	END ^	END ^	END	END				
	Paula	COL	COL	COL	COL	MAMA	MAMA	MAMA	MAMA				

## Rotaciones

El residente de cirugía comenzará su formación por el Servicio de Cirugía General.

### Residente de primer y segundo año.

El residente debe de adquirir los conocimientos generales de la cirugía, por lo que comenzará su formación rotando por diversas unidades del servicio en donde se familiarizará con el servicio de cirugía y funcionamiento del hospital en general

Los objetivos de dicha rotación son el aprendizaje de cirugía menor, la valoración del postoperatorio del paciente quirúrgico con especial interés en el manejo nutricional del paciente, control de alteraciones hidroelectrolíticas, antibioticoterapia en cirugía, y atención al manejo de la herida quirúrgica, aprendizaje en colocación de vías centrales.

Así mismo, el aprendizaje en el manejo del paciente quirúrgico urgente es prioritario, por ello el residente deberá realizar las guardias de urgencias correspondientes a la especialidad además de las correspondientes a sus rotaciones (UCI) y en donde realizará el aprendizaje de técnicas de cirugía menor de urgencias, orientación clínica del paciente con dolor abdominal y orientación clínica del paciente politraumatizado.

Además, el residente en CGAD debe adquirir conocimientos en protección radiológica y en atención primaria e inicia un período de rotación externa, fuera del servicio. Así, el residente permanecerá:

- 1 meses en Cirugía Vascular.
- 1 meses en la Unidad de Cuidados intensivos.
- 2 meses de Trasplante
- 1 mes en Reanimación.
- 1 mes en Endoscopia
- 1 mes en Radiología
- 1 meses en Cirugía Plástica
- 4 meses en Cirugía Mayor Ambulatoria (Cirugía de Zona en Hospitales Externos)

A todo esto, se les une guardias localizadas de trasplante hepático (NO REMUNERADAS DE NINGUNA FORMA) por lo que desde sus primeros años acuden a extracciones hepáticas razón por la que desde sus primeros años deben tener conocimientos en Trasplante y tiene una rotación de 2 meses también de R2.

En último lugar, en relación a guardias de traumatología y neurocirugía se consideró desde hace años no realizarlas ya que se cuenta con un "código politrauma". Con la activación de este código los residentes de cirugía general son avisados durante sus guardias para la evaluación,

diagnostico y tratamiento del paciente politraumatizado de forma conjunta con el resto de especialistas.

Objetivos de las rotaciones por otras especialidades

### **CUIDADOS INTENSIVOS O ANESTESIA/REANIMACIÓN**

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**

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.

### **ENDOSCOPIAS**

El residente ha de adquirir las habilidades para saber identificar y valorar diferentes indicaciones de las diferentes pruebas tanto diagnósticas como de tratamiento de complicaciones (gastroscopias, colocación de prótesis, CPRE, Colonoscopias... Una vez establecidas la indicación, deben adquirir las habilidades para la identificación de las lesiones más frecuentes en estómago, vía biliar, intestino delgado y colon.

Y en última instancia participar como ayudantes en el manejo de tratamientos de patologías y/o complicaciones de técnicas quirúrgicas (prótesis, dilataciones, exeresis de pólipos...)

### **CIRUGÍA TORÁCICA**

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 CARDIOVASCULAR**

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 exerética y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores.

## CIRUGÍA PLÁSTICA

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.

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

### 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 Vascular:

Safenectomías: 5 (10).

Embolectomía: (5).

Cirugía arterial directa: (10).

### Cirugía Plástica:

Plastias locales: 3 (10).

Reconstrucción mamaria: (5).

### Residente de tercer, cuarto y quinto año

El residente a partir del tercer año y una vez completadas las rotaciones externas se reincorporará definitivamente al Servicio. De esta forma iniciará el aprendizaje de técnica quirúrgica especializada. Para ello, y dada la alta superespecialización de la cirugía actual, consideramos básico el conocimiento de todos los ámbitos quirúrgicos. El residente pasará a lo largo de los tres años por las seis unidades quirúrgicas del Servicio de Cirugía General en rotaciones de 3-4 meses. Debido a la estructura tan subespecializada de nuestro servicio y la complejidad y volumen de pacientes al ser un hospital de referencia del SMS, cada unidad consta de dos residentes uno pequeño y otro mayor para cubrir todas las necesidades de las diferentes secciones de mayor volumen.

- Cirugía de mama
- Cirugía colorrectal
- Cirugía hepato-bilio-pancreática
- Cirugía torácica
- Cirugía endocrina
- Cirugía de trasplante hepático
- Cirugía de la Carcinomatosis peritoneal
- Cirugía de sarcomas.
- Cirugía de Obesidad

Está previsto un periodo de cuatro meses de rotación adicional externa en cualquier otro centro acreditado de España o en centros extranjeros universitarios con los que el Servicio de Cirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca mantiene estrecha relación.

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.

### VALORACIÓN DEL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Para tratar de comprender el grado de responsabilidad del residente de Cirugía General en los procedimientos de la especialidad, es conveniente sistematizar la complejidad de estos procedimientos. Así:

#### 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 hidroadenitis 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.

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

## **NIVELES DE RESPONSABILIDAD**

### ***5.1. Objetivo general de la formación en la especialidad de la que se trate.***

En su formación, el residente debe de asumir unos niveles de responsabilidad a la vez que un ascendente grado de complejidad en las intervenciones:

Se establecen diferentes niveles de responsabilidad que serán exigidos dependiendo del año de formación.

- Nivel de responsabilidad 1 (N1): Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una autorización directa. El residente ejecuta y posteriormente informa
- Nivel de responsabilidad 2 (N2): Actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del especialista en caso de duda o dificultad (es capaz de realizarlos con ayuda)
- Nivel de responsabilidad 3 (N3): Actividades realizadas por el facultativo especialista y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente (debe tener conocimiento teórico)

Los niveles de responsabilidad a asumir por el residente en su periodo formativo quedan expresados en la Tabla 1. Separamos las correspondientes al primer año por ser habilidades comunes con otras especialidades que rotan en Cirugía General.

#### **HABILIDADES ESPECÍFICAS Y GENERALES DURANTE EL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA (Tabla 1)**

<b>Habilidad</b>	<b>Nivel Responsabilidad</b>
<b>Historia clínica e identificación de problemas.</b>	<b>Nivel 1</b>
<b>Exposición oral de la historia clínica.</b>	<b>Nivel 1</b>
<b>Conocer los protocolos de preparación preoperatoria.</b>	<b>Nivel 1</b>
<b>Colocar una sonda nasogástrica.</b>	<b>Nivel 1-2</b>
<b>Colocar un catéter intravenoso.</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Colocar una sonda vesical.</b>	<b>Nivel 1-2</b>
<b>Colocar un catéter venoso central.</b>	<b>Nivel 2-3</b>
<b>Redactar una hoja operatoria.</b>	<b>Nivel 1</b>
<b>Ordenar un tratamiento postoperatorio.</b>	<b>Nivel 1</b>
<b>Controlar la reposición de líquidos y electrolitos.</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Controlar una nutrición parenteral.</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Diagnosticar desviaciones de la evolución postoperatoria.</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Tratar las heridas operatorias y sus complicaciones.</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Realizar una anestesia local.</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano.</b>	<b>Nivel 2</b>
<b>Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico</b>	<b>Nivel 1-2</b>
<b>Preparar el campo operatorio.</b>	<b>Nivel 1-2</b>
<b>Control y extracción de drenajes postoperatorios.</b>	<b>Nivel 1-2</b>



**Redactar un informe de alta.**

**Nivel 1- 2**

En general y con arreglo al grado de complejidad de la intervención a realizar, los niveles de responsabilidad se expresan en la Tabla 2

NIVELES DE RESPONSABILIDAD QUE DEBE ASUMIR EL RESIDENTE EN SUS ACTIVIDADES (Tabla 2)				
	SALA DE HOSPITALIZACIÓN	CONSULTAS EXTERNAS	ÁREA DE URGENCIAS (EXCEPTO CIRUGÍA)	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (COMO CIRUJANO)
R1	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2-Grado* 1
R2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 y 2
R3	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 a 3
R4	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 4
R5	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 5

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

## 6. LA FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

### 6.1. Objetivo General de la Formación en la Especialidad.

El objetivo del programa de residencia es facilitar al residente una formación de calidad y excelencia que ofrezca la oportunidad de alcanzar las competencias necesarias para empezar a practicar la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación de forma independiente. Esta meta se alcanza a través de la adquisición de conocimientos y responsabilidad progresiva en las competencias clínicas y sociosanitarias en relación con el diagnóstico, patogénesis, tratamiento, prevención y rehabilitación de múltiples patologías, vistas de forma común en la especialidad en pacientes de ambos sexos y todas las edades.

La participación en los programas debe ser del propio residente, como parte esencial de su plan formativo, con la supervisión de los médicos consultores, especialistas y colaboradores clínicos, que debe estar coordinada por el Tutor de Residentes.

a) El programa de actividades clínicas formativas incluye una experiencia clínica variada en el ámbito hospitalario y extra-hospitalario que permitirá al residente asumir grados de responsabilidad progresiva con supervisión decreciente a medida que avanza en el programa formativo demostrando niveles adicionales de competencias.

b) El programa de formación prevé asimismo, el trabajo de los residentes en distintas áreas asistenciales de la especialidad: salas de hospitalización, consultas externas, servicios, salas de tratamiento ambulatorio, así como la participación en las guardias.

c) El aprendizaje en equipo se considera un elemento clave porque permite a los residentes participar de un modo muy activo y compartir responsabilidades en el trabajo del servicio, manteniendo una relación profesional continua con otros especialistas, tanto a nivel de hospitalización como de consultas externas, con el objetivo de prestar siempre una atención individualizada.

d) A través de las actividades clínicas y formativas que se llevan a cabo durante el período de impartición del programa, el residente debe aprender de forma sistemática, los procedimientos de diagnóstico, evaluación, tratamiento, así como el conocimiento, aplicación y uso de sistemas instrumentales utilizados en la asistencia. A este respecto, los periodos de formación están distribuidos y adaptados a tiempos que puedan garantizar unos mínimos en la adquisición de conocimientos y habilidades, según se especifica en el Mapa de competencias profesionales a adquirir en cada del periodo formativo y calendario de rotaciones.

## **6.2. Organización de la Tutoría y Supervisión de la Docencia.**

El/la tutor/a tiene un papel primordial en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las competencias a lo largo de toda la formación, siendo la figura de referencia del residente durante los 4 años de residencia; éste debe estar en contacto con los colaboradores docentes que se relacionan directamente con el residente y debe informarse de la evolución del residente.

Según el [RD 183/2008](#), se deben realizar cuatro entrevistas estructuradas entre el residente y su tutor/a en el que se analicen todos los acontecimientos y la evolución de la formación:

- Se plantearán los problemas surgidos durante las rotaciones.
- Objetivos alcanzados en las rotaciones.
- Dificultades para la realización de los objetivos.

- Sesiones realizadas.
- Técnicas realizadas.
- Cursos o congresos a los que ha asistido o va a asistir.
- Objetivos de las próximas rotaciones.
- Trabajos de investigación realizados y en proyecto.
- Cualquier otra cuestión que se considere necesaria.

La supervisión de la docencia es decreciente conforme el residente va adquiriendo competencias y por tanto va progresando en autonomía. La supervisión de los residentes de Medicina Física y Rehabilitación están recogidas expresamente en un documento específico: Protocolo de Supervisión de Residentes de Medicina Física y Rehabilitación.

Es importante distinguir dos periodos formativos diferenciados, el primer año de residencia y los restantes, delimitándose niveles de responsabilidad también diferenciados para cada uno de ellos. La supervisión de residentes de primer año de residencia será de presencia física, y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos de la Unidad por la que rotan o realicen atención continuada. Estos profesionales visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año. A partir del segundo año la responsabilidad va siendo cada vez mayor y la supervisión va disminuyendo progresivamente.

### **6.3. Plan de Evaluación: Referencias a la Evaluación Formativa, Anual y Final.**

En el protocolo de evaluación del Centro / Unidad Docente, aparecen recogidos de manera detallada todos los aspectos de la evaluación de los residentes.

Para la evaluación tendremos en consideración las siguientes directrices:

El proceso de evaluación del período de residencia consiste en el seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales del especialista en formación durante el transcurso de su residencia.

El libro del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su periodo formativo. Su carácter es obligatorio e individual y se evidencia el proceso de aprendizaje del residente; por ello se incorporan datos cualitativos y cuantitativos que se tienen en cuenta para la evaluación del proceso formativo.




Se deben registrar todas las rotaciones, internas y externas y será un instrumento de autoaprendizaje que favorecer a la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de ir mejorando las actividades llevadas a cabo por el residente en cada momento. Servirá de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración. La Memoria será propiedad del residente y será realizada por él con la supervisión del tutor.

Se realizarán tres tipos de evaluación:

### 6.3.1. Evaluación Formativa Continuada






Mediante el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permite medir las competencias adquiridas en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas. La efectúan el Tutor y los colaboradores docentes por donde el residente haya rotado. Queda reflejada en la "Ficha de Evaluación".

Los aspectos por valorar son los siguientes:



-  Objetivos de cada una de las rotaciones
-  Conocimientos y Habilidades
  - Conocimientos adquiridos
  - Razonamiento / valoración del problema
  - Capacidad para tomar decisiones
  - Habilidades
  - Uso racional de recursos
  - Seguridad del paciente
-  Actitudes
  - Motivación
  - Puntualidad / asistencia
  - Comunicación con el paciente y familia
  - Trabajo en equipo
  - Valores éticos y profesionales

### 6.3.2. Evaluación Anual

Tiene como finalidad la calificación de los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo. El tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará la hoja de evaluación anual, constituyendo así, un informe normalizado basado en:

-  Las entrevistas periódicas de tutor y residente que se realizarán para valorar los avances y déficits del residente: Se realizan 4 reuniones anuales en las que se valoran aspectos docentes y de formación.
-  En los informes de las evaluaciones de las rotaciones realizadas en el año correspondiente.
-  Informes de las actividades complementarias realizadas, como participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con el programa.
-  Informes de rotaciones externas.
-  Informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad.

La evaluación se llevará a cabo por el correspondiente comité de evaluación en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el correspondiente año formativo y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación. Los resultados de la evaluación sumativa serán:


-  Positiva: cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.
-  Negativa: cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Esta evaluación negativa puede ser recuperable o no recuperable.

### 6.3.3. Evaluación Final


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

Se realiza tras la evaluación positiva del último año de residencia y 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. La evaluación final no es la evaluación del último año de formación.

La evaluación será:

-  Positiva cuando el residente ha cumplido los objetivos del programa formativo, especificando la calificación de:

- Positiva
- Positiva destacada

 Negativa cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible.

No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia.

Los comités de evaluación trasladarán las evaluaciones finales a la comisión de docencia que publicará en su tablón de anuncios una reseña, firmada por el presidente, para que en el plazo de ocho días hábiles puedan consultarse en la secretaría de la comisión, en el horario que se indique, las calificaciones obtenidas en las evaluaciones finales.

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.

### 6.3.4. Revisión de Evaluaciones

**Revisión de la evaluación Anual Negativa NO recuperable:** En el plazo de 10 días desde la publicación o notificación de la evaluación anual negativa no recuperable, el residente podrá solicitar por escrito a la Comisión de Docencia la revisión de la misma. La Comisión de Docencia se reunirá en los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud y citará al residente, que podrá acudir acompañado de su tutor. Los miembros de la Comisión de Docencia podrán formular las preguntas que consideren pertinentes y la calificación se decidirá por mayoría absoluta.

Los acuerdos de la Comisión de Docencia resolviendo la revisión de las evaluaciones anuales, excepto las del último año de formación, tendrán carácter definitivo y deberán estar motivadas.

Si la revisión es negativa, la Comisión de Docencia notificará el resultado al residente y al gerente de la institución, el cual comunicará al interesado la extinción de su relación laboral con el centro como consecuencia de dicha evaluación negativa.

Si el resultado de la revisión de la evaluación es positivo se hará público en el plazo de 5 días desde la fecha de revisión.

Los acuerdos de la Comisión de Docencia resolviendo la revisión de las evaluaciones anuales de último año se trasladarán, cualquiera que sea su signo, al correspondiente comité de evaluación, con carácter inmediato, para que dicho comité lleve a cabo la evaluación final.

### 6.3.5. Notificación de las Evaluaciones a los Residentes






Las Comisiones de Docencia deberán hacer público de forma oficial a través de sus herramientas habituales de comunicación (correo electrónico, intranet o tablón de anuncios) el resultado de las evaluaciones de los residentes.

Deberá quedar constancia de dicha comunicación en el archivo de la Comisión de Docencia, ya que la fecha de publicación de las evaluaciones inicia los plazos oficiales para el proceso de revisión de estas. El plazo para que un residente pueda solicitar por escrito su revisión ante la Comisión de Docencia es de 10 días tras la publicación o notificación a éste de la evaluación anual negativa no recuperable. Este plazo no se puede ver modificado.


### 6.3.6. Composición Comités de Evaluación

Los comités tendrán el carácter de órgano colegiado y su función será realizar la evaluación anual y final de los especialistas en formación. Se constituirá un comité de evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el centro o unidad docente.



Cada Comité de Evaluación estará integrado al menos por:

-  El Jefe de Estudios de formación especializada, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.
-  Por el presidente de la subcomisión que en su caso corresponda.
-  El tutor/a del residente.
-  Por un profesional que preste servicios en el centro o unidad de que se trate, con el título de especialista que en cada caso corresponda, designado por la comisión de docencia.
-  El vocal designado por la Comunidad Autónoma.

A los Comités de Evaluación les compete desarrollar las siguientes acciones:

-  Efectuar la evaluación anual y final del proceso de aprendizaje y las competencias adquiridas por el residente en relación con los objetivos

establecidos en el programa de formación de la especialidad, según las directrices establecidas por la Comisión de Docencia y la normativa vigente.

-  Dejar constancia, en actas, de las evaluaciones anuales y finales.
-  Trasladar los resultados de las evaluaciones anuales y finales de los residentes a la Comisión de Docencia.

## 7. CRONOGRAMA DE ROTACIONES



## PRIMER AÑO-R1

### Objetivos del periodo formativo de R1 (Generales y específicos):

Añadiendo a los que se explican a continuación específicos de cada rotación, el residente toma contacto con el método científico, recogida de datos y creación de poster y comunicaciones a sus primeros congresos. Durante las guardias correspondientes a la especialidad se pretende que el residente realice el aprendizaje de técnicas de cirugía menor de urgencias, orientación clínica del paciente con dolor abdominal y orientación clínica del paciente politraumatizado.

Se les asigna unas sesiones básicas para que vayan desarrollando la capacidad de exposición pública de temas. Además de conocer a compañeros nuevos y adquirir las maniobras para dar información a familiares y relacionarse con el resto de los profesionales del hospital. Manejo de los sistemas de informatización, consentimientos, informes clínicos...

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
ATENCIÓN PRIMARIA	15 DÍAS	GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA AREA I	DRA. M <sup>a</sup> ELENA SEBASTIAN

#### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Comunicación asistencial, relación médico-paciente, en la faceta preventiva y asistencial (individuo, familia y comunidad con un enfoque bio-psico-social) de la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria.

Razonamiento clínico en un contexto de alta incertidumbre diagnóstica y alta frecuentación.

Conocimiento de aspectos básicos relativos a la organización, funcionamiento y gestión de Centros de Salud.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CONCEPTOS GENERALES EN COLOPROCTOLOGIA	1.5 MESES	CIRUGIA GENERAL	DR. LUJAN

#### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Aprendizaje de la patología más frecuente en cirugía general y su manejo (apendicitis, diverticulitis, cáncer de colon, hemorroides, fisura...). Adquisición de las habilidades en la cirugía para ayudar en quirófano y realizar la apendicectomía, y tratar la patología proctológica y manejo general del paciente en el postoperatorio de cáncer de colon.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
RADIOLOGIA	1 MES	RADIODIAGNOSTICO	DRA. FUSTER

#### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Adquirir los conocimientos y destrezas en relación con: Indicaciones e interpretación de la radiología simple y contrastada

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA PLASTICA	1 MES	CIRUGIA PLASTICA	DR. CANOVAS

#### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

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.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	2 MES	CIRUGIA CARDIOVASCULAR	DR. ARRIBAS

#### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

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 exérctica y amputaciones por isquemia de las extremidades inferiores.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACION	2 MES (1 mes en REA y 1 mes en Qx CG)	ANESTESIA Y REANIMACION	DRA. SEGURA

#### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

El residente debe adquirir los conocimientos relativos a la fisiopatología y tratamiento de las situaciones crítica. Postoperatorio de los pacientes que operan y su manejo. 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;

Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	1 MES	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	DR. DE GEA
<b>Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
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). Muerte cerebral (diagnóstico y aspectos médico-legales); Mantenimiento del donante; Control postoperatorio inmediato de los pacientes trasplantados			

Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
ENDOSCOPIA	1 MES	DIGESTIVO	DR. ALVAREZ
<b>Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
adquirir las habilidades para saber identificar y valorar diferentes indicaciones de las diferentes pruebas tanto diagnósticas como de tratamiento de complicaciones (gastroscopias, colocación de prótesis, CPRE, Colonoscopias... Una vez establecidas la indicación, deben adquirir las habilidades para la identificación de las lesiones más frecuentes en estómago, vía biliar, intestino delgado y colon. Y en última instancia participar como ayudantes en el manejo de tratamientos de patologías y/o complicaciones de técnicas quirúrgicas (prótesis, dilataciones, exéresis de pólipos...)			

Rotaciones Externas : NO PROCEDE			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
<b>Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
<b>Observaciones</b>			

Sesiones clínicas/bibliográficas/u otras específicas/cursos	
Como asistente	Como ponente

SESIONES DE URGENCIAS DIARIAS, SESIONES DE PROGRAMACIÓN SEMANALES, SESIONES BIBLIOGRÁFICAS, SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL MENSUALES. ASISTENCIA A CONGRESOS Y SEMINARIOS

Una-dos sesiones de urgencias semanales. Una sesión de la especialidad trimestral. Una sesión bibliográfica semestral.

### Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR)

Protección radiológica						Reanimación (RCP y DESA)		Cardiopulmonar			
<i>Fecha</i>	Octubre	<i>Fecha</i>		<i>Fecha</i>		<i>Fecha</i>		<i>Fecha</i>	Marzo	<i>Fecha</i>	
<i>Duración</i>	6 h.	<i>Duración</i>		<i>Duración</i>		<i>Duración</i>		<i>Duración</i>	16 h.	<i>Duración</i>	
<i>Modalidad</i>	Online	<i>Modalidad</i>		<i>Modalidad</i>		<i>Modalidad</i>		<i>Modalidad</i>	Semipresencial	<i>Modalidad</i>	
<i>Lugar</i>		<i>Lugar</i>		<i>Lugar</i>		<i>Lugar</i>		<i>Lugar</i>		<i>Lugar</i>	

### Guardias

<b>Temporalidad</b>	<b>2 meses (anual/discontinua)</b>
<b>Número</b>	<b>Lugar</b>
5	URGENCIAS DE CIRUGIA GENERAL Y LAS DE LA ROTACION CORRESPONDIENTE
<b>Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>	
Desempeño en las guardias	

### Actividades científicas y de investigación

Presentación de una comunicación oral. Participación en un trabajo escrito. Iniciación en proyectos de investigación

### Referencias al “protocolo de supervisión del residente” y “principio de asunción progresiva de responsabilidad”

Ver Anexo Protocolo de supervisión del residente de la especialidad de Cirugía general y Anexo Protocolo de supervisión del residente en el área de Urgencias

### Otras referencias

Durante el primer año el residente se familiarizará con el servicio de cirugía y funcionamiento del hospital en general

## SEGUNDO AÑO-R2

### Objetivos del periodo formativo de R2 (Generales y específicos):

Van adquiriendo mayor responsabilidad en materia de ejercer la cirugía y para la toma de decisiones en intervenciones de proctología básica y de apendicitis. Ver los objetivos específicos que se exponen a continuación.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA DE TRASPLANTE	2 MESES	CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	DR. RAMIREZ

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Adquirir los conocimientos, habilidades y destreza en la indicación de trasplante y en el quirófano para la extracción del órgano, cirugía de banco y conservación del órgano. Control postoperatorio del paciente tras el trasplante en planta.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL	2 MESES	CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	DR. GIL

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Esta rotación solo se realiza en este hospital de referencia y deben adquirir el conocimiento para la adquisición de actitud ante este tipo de pacientes cuando aparece esta patología en cirugía de urgencias. Además, una vez diagnosticada, adquirir los conocimientos de las pautas a seguir y por último en la cirugía la complejidad ante la que se enfrentan y como ayudar a este tipo de cirugía. Gestos de anastomosis simples intestinales y peritonectomías parciales.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA DE SARCOMAS	2 MESES	CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	DR. FERNANDEZ

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Esta rotación solo esta en este hospital de referencia. El residente toma contacto con los diferentes comités de tumores del hospital para indicación y tratamiento de estos pacientes. Aprenden como deben detectar esta patología en atención primaria, donde enviarla y como tratarla. En quirófano realizan gestos de ampliación de bordes de lesiones previamente extirpadas y como ayudar a esta patología de tan alta complejidad y toma de decisiones en quirófano de saber cuando parar la cirugía o cuando seguir para curación del paciente.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA COLOPROCTOLOGICA	3 MESES	CIRUGIA GENERAL	DR. LUJAN

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

El residente toma contacto en el diagnóstico, tratamiento y destrezas quirúrgicas de las patologías más frecuentes en cirugía general: apendicitis, diverticulitis, proctología (hemorroides, fisuras...) y adquiere las habilidades quirúrgicas para tratarlas adquiriendo grados de complejidad, supervisados siempre por especialista. Aprenden como llevar el postoperatorio de los pacientes intervenidos de cáncer de colon y como detectar las posibles complicaciones y empiezan a mirar y ayudar a pequeños gestos en esta cirugía de alta complejidad. Forman parte del manejo del comité de colon. Además de manejo en consultas externas (anamnesis, exploración física, pruebas a pedir según su diagnóstico...). Aprender como se informa al paciente y familiares en cirugía programada y en cirugía de urgencia.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA	2 MESES	CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	DR. ROBLES/DR. SANCHEZ BUENO

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Toman contacto con la patología biliar otra de las más frecuentes en su carrera profesional y además al tratarse de un hospital de referencia de lesiones hepatobiliarias graves, aprende a saber lo que puede pasar en los diferentes escenarios quirúrgicos y las consecuencias de la iatrogenia y como solucionarlas y sobre todo que hacer de manera urgente para salvar la vida al paciente. Colaboran en los comités de tumores de hígado y de páncreas. Toman contacto con los postoperatorios tan complejos de este tipo de cirugía en planta. En consulta aprenden como manejarlos para petición de pruebas de forma eficiente e información a familiares y pacientes.

### Rotaciones Externas: NO PROCEDE

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia

### Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

### Observaciones

### Sesiones clínicas/bibliográficas/u otras específicas/cursos

Como asistente	Como ponente
SESIONES DE URGENCIAS DIARIAS, SESIONES DE PROGRAMACIÓN SEMANALES, SESIONES BIBLIOGRÁFICAS, SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL MENSUALES. ASISTENCIA A CONGRESOS Y SEMINARIOS	Una-dos sesiones de urgencias semanales. Una sesión de la especialidad trimestral. Una sesión bibliográfica semestral.

### Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR)

Protección radiológica					
Fecha	Octubre	Fecha		Fecha	

<b>Duración</b>	2 h	<b>Duración</b>		<b>Duración</b>		<b>Duración</b>		
<b>Modalidad</b>	Online	<b>Modalidad</b>		<b>Modalidad</b>		<b>Modalidad</b>		
<b>Lugar</b>		<b>Lugar</b>		<b>Lugar</b>		<b>Lugar</b>		

## Guardias

<b>Temporalidad</b>	2 meses (anual/discontinua)
<b>Número</b>	<b>Lugar</b>
5	URGENCIAS DE CIRUGIA GENERAL Y LAS DE LA ROTACION CORRESPONDIENTE
<b>Competencias</b> (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)	
Desempeño en las guardias	

## Actividades científicas y de investigación

Presentación de una comunicación oral. Participación en un trabajo escrito. Iniciación en proyectos de investigación

## Referencias al “protocolo de supervisión del residente” y “principio de asunción progresiva de responsabilidad”

Ver Anexo Protocolo de supervisión del residente de la especialidad de Cirugía general y Anexo Protocolo de supervisión del residente en el área de Urgencias

## TERCER AÑO-R3

### Objetivos del periodo formativo de R3 (Generales y específicos):

Intervenciones de complejidad 3 y mayor responsabilidad. Participa de forma activa en decisiones y manejo del paciente. Ver los objetivos específicos que se exponen a continuación.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGÍA ENDOCRINA	2 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. RODRIGUEZ

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Los residentes en este nivel ya han adquirido más habilidad quirúrgica, y es en esta rotación donde al ser una patología muy especializada aprenden sobre todo el diagnóstico de nódulos tiroideo en las consultas externas, que pruebas pedir y el tratamiento a seguir. Acuden al comité donde se comenta el manejo sobre todo de los cánceres de tiroides. Además, en esta zona endémica de MEN2 aprenden cirugía tiroidea en niños con lo que supone el contacto con el menor y los familiares. Incluso realizan intervenciones de primer ayudante.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA DE MAMA	2 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. PIÑERO

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Adquirir los conocimientos de detección del cáncer de mama. Información al paciente y tratamientos a seguir. Estrecha relación con comité de oncología, y resto de especialidades sobre todo radiología, medicina nuclear...En quirófano ya están capacitados para la extirpación de fibroadenomas y actuar de 1 ayudante. Aquí entran en contacto directo con cirugía plástica en quirófano ya que se realizan las reconstrucciones de dorsal ancho y otras, por lo que los residentes como de R1 ya tienen nociones, aquí incluso adquieren más responsabilidad. Manejo en consulta de anamnesis y exploración física de la paciente y curas de las heridas.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA TORACICA	2 MESES	CIRUGÍA TORACICA	DR. TORRES

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

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.



Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGÍA DE ZONA	4 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DRA. SORIA
<b>Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
Aquí es donde el residente se siente realizado ya que es donde más operan como primer cirujano con grados de complejidad hasta grado 3. Es una rotación que se realiza en las clínicas concertadas del hospital de referencia. Al ser un hospital tan especializado, los residentes tienen poca oportunidad, salvo en las guardias, de actuar como primer cirujano, por lo que en la zona realiza cirugía de hernia, sinus, hemorroides, fisura, fistulas, vesículas, ambulatorios (lipomas, nevus, quiste...). Ellos son primer cirujano supervisado por especialista.			

Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
UROLOGIA	1 MESES	UROLOGIA	DR. GUILABERT
<b>Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
El residente aprende los gestos e incluso ayuda de 1 ayudante en cirugía de uréter, vejiga y riñón. Esto es importante porque el cirujano en la patología tumoral de sarcomas y colon, nos vemos obligados a identificación, reparación y/o extirpación conjunta con urología de dichos órganos y deben adquirir esta visión.			

Rotaciones Externas: NO PROCEDE			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
<b>Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
<b>Observaciones</b>			

Sesiones clínicas/bibliográficas/u otras específicas	
Como asistente	Como ponente
SESIONES DE URGENCIAS DIARIAS, SESIONES DE PROGRAMACIÓN SEMANALES, SESIONES BIBLIOGRÁFICAS, SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL MENSUALES. ASISTENCIA A CONGRESOS Y SEMINARIOS	Una-dos sesiones de urgencias semanales. Una sesión de la especialidad trimestral. Una sesión bibliográfica semestral.

Guardias	
Temporalidad	2 meses (anual/discontinua)
Número	Lugar
5	Urgencias de Cirugía General y las de la rotación correspondiente

En relación a guardias de traumatología y neurocirugía se consideró desde hace años no realizarlas ya que se cuenta con un "código politrauma". Con la activación de este código los residentes de cirugía general son avisados durante sus guardias para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado de forma conjunta con el resto de especialistas.

**Competencias** (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Desempeño en las guardias

### Actividades científicas y de investigación

Presentación de una-dos comunicaciones orales. Participación en un trabajo escrito. Participación en proyectos de investigación. Proyecto de TESIS DOCTORAL

### Referencias al "protocolo de supervisión del residente" y "principio de asunción progresiva de responsabilidad"

Ver Anexo Protocolo de supervisión del residente de la especialidad de Cirugía general y Anexo Protocolo de supervisión del residente en el área de Urgencias

### Otras referencias

En relación a guardias de traumatología y neurocirugía se consideró desde hace años no realizarlas ya que se cuenta con un "código politrauma". Con la activación de este código los residentes de cirugía general son avisados durante sus guardias para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado de forma conjunta con el resto de especialistas.

## CUARTO AÑO-R4

### Objetivos del periodo formativo de R4 (Generales y específicos):

Intervenciones de hasta grado 4 de habilidad técnica y mayor responsabilidad. Adquirir nivel científico de publicaciones en revistas de ámbito nacional e internacional y tesis doctoral. Ver los objetivos específicos de cada rotación que se describen a continuación.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGÍA DE MAMA	2 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. PIÑERO

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Continuar adquiriendo los conocimientos de detección del cáncer de mama. Información al paciente y tratamientos a seguir. Estrecha relación con comité de oncología, y resto de especialidades sobre todo radiología, medicina nuclear...En quirófano ya están capacitados para la realización de mastectomía simple y actuar de 1 cirujano. Aquí participan de forma más directa con cirugía plástica en quirófano ya que se realizan las reconstrucciones de dorsal ancho y otras, por lo que los residentes como de R1 ya tienen nociones, aquí incluso adquieren más responsabilidad. Manejo en consulta de anamnesis, exploración física de la paciente, toma de decisiones y curas de las heridas.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGÍA ENDOCRINA	2 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. RODRIGUEZ

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Los residentes en este nivel ya han adquirido más habilidad quirúrgica, y es en esta rotación donde al ser una patología muy especializada aprenden sobre todo el diagnóstico de cáncer tiroideo y síndromes hereditarios en las consultas externas, que pruebas pedir y el tratamiento a seguir. Acuden al comité donde se comenta el manejo sobre todo de los cánceres de tiroides. Además, en esta zona endémica de MEN2 aprenden cirugía tiroidea en niños con lo que supone el contacto con el menor y los familiares. Realizan intervenciones de primer ayudante e incluso realizan alguna hemitiroidectomía.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGÍA PANCREÁTICA	2 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. SANCHEZ BUENO

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Adquirir los conocimientos de las principales patologías pancreáticas, saber que pruebas radiológicas necesitan o intervenciones previas a la cirugía definitiva o programada. En quirófano adquieren el rango de 1 ayudante en esta cirugía de alta complejidad. Realizan intervenciones de anastomosis biliares o intestinales de 1 cirujano. Toman mayor protagonismo en la planta sobre manejo general del paciente operado e interrelación con los diferentes especialistas que rodean al paciente.

Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA HEPATOBILIAR	2 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. ROBLES
<b>Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
Adquirir los conocimientos de las principales patologías hepáticas, saber que pruebas radiológicas necesitan o intervenciones previas a la cirugía definitiva o programada. En quirófano adquieren el rango de 1 ayudante en esta cirugía de alta complejidad. Realizan intervenciones de vía biliar principal como cirujano o 1 ayudante. Toman mayor protagonismo en la planta sobre manejo general del paciente operado e interrelación con los diferentes especialistas que rodean al paciente. Participan en la consulta externa con mayor grado de responsabilidad.			

Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
LIBRE EN CIRUGÍA GENERAL	3 MESES	CIRUGÍA GENERAL	
<b>Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
El residente rotará en aquella Unidad de CG que considere de mayor interés o para reforzar déficits formativos, avalado por su tutor.			

Rotaciones Externas: A CONVENIR POR EL CENTRO EXTERNO Y EL RESIDENTE			
Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
A DETERMINAR	A DETERMINAR	A DETERMINAR	
<b>Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>			
Ver apartado 5.1			
<b>Observaciones</b>			
LA ROTACIÓN EXTERNA SE REALIZARÁ EN UN CENTRO ESPAÑOL O EXTRANJERO, ELEGIDO A INSTANCIAS DEL RESIDENTE Y AVALADO POR EL JEFE DE SERVICIO Y TUTOR CORRESPONDIENTE. LOS MESES DE ROTACIÓN SE DESCONTARÁN DE LA ROTACIÓN QUE HAYA DECIDIDO SUSTITUIR.			

Sesiones clínicas/bibliográficas/u otras específicas	
Como asistente	Como ponente
SESIONES DE URGENCIAS DIARIAS, SESIONES DE PROGRAMACIÓN SEMANALES, SESIONES BIBLIOGRÁFICAS, SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL MENSUALES. ASISTENCIA A CONGRESOS Y SEMINARIOS	Una-dos sesiones de urgencias semanales. Una sesión de la especialidad trimestral. Una sesión bibliográfica semestral

Guardias	
Temporalidad	2 meses (anual/discontinua)
Número	Lugar

5	Urgencias de Cirugía General
En relación a guardias de traumatología y neurocirugía se consideró desde hace años no realizarlas ya que se cuenta con un "código politrauma". Con la activación de este código los residentes de cirugía general son avisados durante sus guardias para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado de forma conjunta con el resto de especialistas.	
<b>Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)</b>	
Desempeño en las guardias	

### Actividades científicas y de investigación

Presentación de una-dos comunicaciones orales. Participación en un trabajo escrito. Participación en proyectos de investigación. Proyecto de TESIS DOCTORAL

### Referencias al "protocolo de supervisión del residente" y "principio de asunción progresiva de responsabilidad"

Ver Anexo Protocolo de supervisión del residente de la especialidad de Cirugía general y Anexo Protocolo de supervisión del residente en el área de Urgencias

### Otras referencias

En relación a guardias de traumatología y neurocirugía se consideró desde hace años no realizarlas ya que se cuenta con un "código politrauma". Con la activación de este código los residentes de cirugía general son avisados durante sus guardias para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado de forma conjunta con el resto de especialistas.

Con la ROTACIÓN OPTATIVA, se pretende que el residente realice una formación más avanzada en una de las Unidades de la especialidad de Cirugía General.

## QUINTO AÑO-R5

### Objetivos del periodo formativo de R5 (Generales y específicos):

Adquirir habilidad grado 4 y 5, y mayor responsabilidad ante complicaciones de pacientes intervenidos. Publicar en revistas de ámbito nacional e internacional y /o lectura o en vías de desarrollo avanzado de tesis doctoral. Ver los objetivos específicos de las rotaciones que aparecen a continuación.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA COLOPROCTOLOGICA	4 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. LUJAN

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Avanzar en conocimientos de cáncer de recto avanzado y / o metastásico. Manejo del paciente complicado, indicaciones de reintervenciones y como solucionarlas. Adquirir grado de responsabilidad 4 y 5 en planta y en consultas.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA ESOFAGOGASTRICA	3 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. PARRILLA

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Conocimiento de la patología esófago-gástrica benigna y maligna. Al ser hospital de referencia, realizar manometrías y pHmetrias y posterior evaluación junto al especialista. Adquirir las habilidades en quirófano para la realización de anastomosis esófago-gástricas y actuar de 1 ayudante en cirugía avanzada de cáncer de esófago. Conocimiento y manejo de las complicaciones en planta e indicaciones de reoperaciones.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGIA HEPATOBILIAR	2 MESES	CIRUGÍA GENERAL	DR. ROBLES

### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Conocimiento de la patología maligna hepática y de las complicaciones postoperatorias. Indicar pruebas radiológicas necesarias o intervenciones previas a la cirugía definitiva o programada. En quirófano son 1 ayudante en esta cirugía de alta complejidad. Realizan intervenciones de vía biliar principal como cirujano o 1 ayudante. Toman mayor protagonismo en la planta sobre manejo general del paciente operado e interrelación con los diferentes especialistas que rodean al paciente. Participan en la consulta externa con mayor grado de responsabilidad.

### Rotaciones (Añadir cuantas sean necesarias)

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
CIRUGÍA PANCREÁTICA	2 MESES	CIRUGIA GENERAL	DR. SANCHEZ BUENO

#### Competencias que debe adquirir el residente en esta rotación (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

Conocimientos de las patologías pancreáticas de forma más avanzada. Conocimiento de las pruebas radiológicas que necesitan estos pacientes o intervenciones previas a la cirugía definitiva o programada. En quirófano adquieren el rango de 1 ayudante en esta cirugía de alta complejidad. Realizan intervenciones de anastomosis biliares o intestinales de 1 cirujano. Protagonismo grado 4 y 5 en la planta sobre manejo general del paciente operado e interrelación con los diferentes especialistas que rodean al paciente. Participan en comités multidisciplinares.

### Rotaciones Externas:

Denominación	Temporalidad	Servicio	Persona de referencia
A DETERMINAR	A DETERMINAR	A DETERMINAR	Tutor CG

#### Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)

#### Observaciones

El residente rotará en aquella Unidad de CG, en el propio Hospital o en Hospital ajeno dentro del ámbito nacional o internacional, que considere de mayor interés o para reforzar déficits formativos, avalado por su tutor. LOS MESES DE ROTACIÓN SE DESCOTARÁN DE LA ROTACIÓN QUE HAYA DECIDIDO SUSTITUIR.

### Sesiones clínicas/bibliográficas/u otras específicas

Como asistente	Como ponente
SESIONES DE URGENCIAS DIARIAS, SESIONES DE PROGRAMACIÓN SEMANALES, SESIONES BIBLIOGRÁFICAS, SESIONES GENERALES DEL HOSPITAL MENSUALES. ASISTENCIA A CONGRESOS Y SEMINARIOS	Una-dos sesiones de urgencias semanales. Una sesión de la especialidad trimestral. Una sesión bibliográfica semestral

### Guardias

Temporalidad	2 meses (anual/discontinua)
Número	Lugar
5	Urgencias de Cirugía General
Competencias (si es posible distinguir entre competencias técnicas, de habilidades, de actitud)	
Desempeño en las guardias	

### Actividades científicas y de investigación

Presentación de una-dos comunicaciones orales. Participación en un trabajo escrito. Participación en proyectos de investigación. TESIS DOCTORAL

---

### Referencias al “*protocolo de supervisión del residente*” y “*principio de asunción progresiva de responsabilidad*”

Ver Anexo Protocolo de supervisión del residente de la especialidad de Cirugía general y Anexo Protocolo de supervisión del residente en el área de Urgencias